

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Kateřina Voleníková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vliv organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester
bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Voleníková
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2012

Vliv organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester

Organizace ošetrovatelské péče a systémy poskytované ošetrovatelské péče jsou rozhodující činitelé pro poskytování kvalitní péče a spokojenosti sester. Předkládaná bakalářská práce se této aktuální problematice věnuje v teoretické i praktické rovině. V teoretické části vysvětluje, jakými systémy se může ošetrovatelská péče organizovat a které faktory nejvíce ovlivňují spokojenost sestry. V praktické části zkoumá systémy ošetrovatelské péče a jejich vliv na spokojenost sester. Výzkumné šetření bylo prováděno metodou kvantitativního výzkumu a sběr dat – dotazníkem. Byly stanoveny dva cíle. Cíl 1 Zjistit, jaký systém organizace ošetrovatelské péče sestry nejvíce využívají. Cíl 2 Zjistit, jak systém ošetrovatelské péče ovlivňuje spokojenost sester s pracovními podmínkami. Pro upřesnění cíle jsme formulovali tři hypotézy. Hypotéza 1 Sestry pracující v nemocničním zařízení využívají převážně skupinový systém péče, byla potvrzena. Téměř 75% respondentů pracuje skupinovým systémem (na standardních odděleních i na odděleních intenzivní péče). Hypotéza 2 Zavedený systém poskytované ošetrovatelské péče ovlivňuje pracovní spokojenost sester, byla potvrzena. Celkově jsou více spokojeni respondenti pracující kombinací systémů (88,9%). Velké názorové rozdíly respondentů pracujících funkčním systémem ukázaly na nespokojenost sester využívajících tento systém (spokojeno bylo 80% respondentů a nespokojeno 20%). Dílčí indikátory spokojenosti výsledky podpořily. Hypotéza 3 Sestry pracující na standardním oddělení jsou více spokojené s organizací péče než sestry pracující na oddělení intenzivní péče (ARO/JIP), byla potvrzena. Celkově více spokojené s organizací ošetrovatelské péče a podmínkami k práci byli respondenti ze standardních oddělení (80,7 %) na rozdíl od respondentů pracujících na oddělení intenzivní péče, kteří vyjádřili nespokojenost v 9,3%. Spokojenost sester ze standardních oddělení podpořila také převaha dílčích indikátorů spokojenosti s organizací práce a pracovních podmínek.

Výsledky výzkumu budou následně předloženy KZ – MN (Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice, o. z.) v Ústí nad Labem, jako možný příspěvek k zlepšení kvality péče prostřednictvím zvyšování spokojenosti sester. Vedoucím pracovníkům organizace navrhnou doporučení pro praxi, která vzešla z výzkumného šetření (tabulka

26). Výsledky výzkumného šetření poukázaly na skutečnost, že je třeba sledovat organizaci a podmínky práce sester a systémy, kterými se ošetrovatelská péče poskytuje, protože na některých odděleních se stále organizuje péče pomocí dnes již nevhodného a zastaralého funkčního systému. Výzkumné šetření prezentovalo výsledky vlivu organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester. Dalším námětem zkoumání by mohla být příčina fluktuace sester na různých odděleních. Navrhované šetření by mohlo pomoci odhalit příčiny spokojenosti-nespokojenosti sester s organizací práce.

Effect of a treatment and care organisation on nurses' satisfaction

Treatment and care organisations and systems of provided treatment and care are decisive for provision of quality care and for nurses' satisfaction. The presented Bachelor's work is devoted to this issue at both the theoretical and practical levels. The theoretical part explains the types of systems through which care can be organised and the factors most influencing nurses' satisfaction. The practical part examines systems of care and their effect on nurses' satisfaction. A research study was carried out using a quantitative research method, which included collection of data using a questionnaire. Two objectives were set. Objective 1: to determine what type of system nurses use the most for organisation of treatment and care. Objective 2 - to determine how the system of treatment and care influences nurses' satisfaction with their working conditions. For clarification of the objective we formulated three hypotheses. Hypothesis 1: Nurses working in hospital facilities mainly use a group system of care; this has been confirmed. Nearly 75% of the respondents work under a group system (at standard departments and at intensive care units). Hypothesis 2: The implemented system of provided treatment and care influences nurses' work satisfaction; this has been confirmed. Overall respondents working under a combination of systems (88.9%) are more satisfied. Major opinion differences among respondents working under a functioning system have revealed dissatisfaction among nurses using this system (80% of respondents were satisfied and 20% were dissatisfied). Partial indicators of satisfaction supported the results. Hypothesis 3: Nurses working in a standard department are more satisfied with the organisation of care than nurses working at intensive care units; this has been confirmed. Respondents from standard departments (80.7%) were more satisfied overall with the organisation of treatment and care and with their working conditions, unlike respondents working in intensive care units, 9.3% of whom expressed dissatisfaction. The satisfaction of nurses from standard departments was also supported by predominance of partial indicators of satisfaction with the organisation of work and working conditions.

The results of the research will subsequently be submitted to KZ - MN (Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice o. z. [Masaryk Hospital]) in Ústí nad Labem as

a potential contribution to improving the quality of care by increasing nurses' satisfaction. I will make recommendations to management employees of the organisation for implementation in practice, which will be based on the research survey (table 26). The results of the survey showed that it is necessary to monitor the organisation of nurses' work and their working conditions as well as the systems under which care is provided, because in some departments care is still being organised under an obsolete system, which today is disadvantageous. The survey presented the results of a treatment and care organisation's influence on nurses' satisfaction. Another studied phenomenon was the cause of nurses' fluctuations at various departments. The proposed examination should help uncover the causes of satisfaction and dissatisfaction of nurses with the organisation of their work.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Vliv organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací These.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Ústí nad Labem dne 3. 5. 2012

Podpis

Poděkování

Děkuji Ing. Ivě Brabcové za její cenné rady a odborné vedení při konzultacích

Obsah

Úvod.....	3
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Vývoj ošetrovatelství a ošetrovatelského vzdělávání	5
1.2 Principy ošetrovatelství	7
1.3 Organizace zdravotnické péče v České republice.....	8
1.4 Ošetrovatelské kompetence.....	8
1.5 Organizační systémy práce zdravotnického týmu	9
1.5.1 Typy ošetrovatelské péče.....	9
1.5.2 Organizace práce sestry	10
1.5.3 Náplň práce sestry	10
1.5.4 Organizační systémy poskytované péče	12
1.5.4.1 Případová metoda.....	12
1.5.4.2 Funkční systém.....	12
1.5.4.3 Týmové ošetrovatelství.....	13
1.5.4.4 Systém primárních sester	14
1.5.4.5 Modulární ošetrovatelství	14
1.5.4.6 Systém ošetřování zaměřené na případ, tj. case management.....	15
1.5.4.7 Systém skupinové péče (celková péče).....	15
1.5.4.8 Pokojový systém péče.....	16
1.5.4.9 Doporučený systém poskytované péče	16
1.6 Uspokojování potřeb pacienta formou ošetrovatelského procesu	17

1.7	Pracovní spokojenost.....	17
1.7.1	Charakteristiky a znaky pracovní spokojenosti.....	18
1.7.2	Teorie spokojenosti.....	18
1.7.3	Činitelé pracovní spokojenosti.....	19
1.7.4	Zjišťování pracovní spokojenosti.....	20
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	22
2.1	Cíl práce.....	22
2.2	Hypotézy.....	22
3	METODIKA	23
3.1	Použité metody.....	23
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	24
4	VÝSLEDKY	25
4.1	Statistické třídění prvního stupně - popisná statistika	25
4.2	Statistické třídění druhého stupně – kontingenční tabulky	44
4.3	Statistické testování	62
5	DISKUSE	64
6	ZÁVĚR.....	70
6.1	Doporučení pro praxi.....	71
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	72
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	76
9	PŘÍLOHY	77

Úvod

Sestry představují nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví, a to nejen v nemocnicích, v ambulantní sféře, ale i v komunitní péči. Z toho nepochybně vyplývá, že sestry a ošetrovatelská profese výrazným způsobem ovlivňují kvalitu a výsledky zdravotní péče. Spokojená sestra může být klíčem k úspěšnosti organizace. Uspokojení z práce, psychická pohoda zlepšují výkon a snižují pravděpodobnost odchodu z organizace. Pracovní spokojenost se tak stává cenným nástrojem pro zlepšování chodu firmy. Dnešní konkurenceschopnost závisí hlavně na schopnostech, které zaměstnanec efektivně využívá pro trvalé zlepšování a zdokonalování. Pro organizace platí, že největším nebezpečím není konkurence, ale vlastní nespokojení a demotivování pracovníci (1).

Problematika spokojenosti či nespokojenosti se samozřejmě odráží v péči o pacienta. Pro rozvoj moderního ošetrovatelství je nezbytné provést změny v organizaci a poskytování ošetrovatelské péče tak, aby bylo možné uskutečňovat individualizovanou péči formou ošetrovatelského procesu. Vhodné systémy organizace ošetrovatelské péče byly na základě výše uvedených požadavků doporučeny v Koncepci ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky. Proto nás zajímalo, jaký systém organizace ošetrovatelské péče sestry v současnosti ke své práci využívají a jak systém ošetrovatelské péče ovlivňuje spokojenost sester s pracovními podmínkami. Dalším předmětem zkoumání bylo, zda využívaný systém ošetrovatelské péče poskytuje sestrám rozmanitost v práci, seberealizaci, možnost samostatně rozhodovat o vlastní práci nebo zdali nevede k vysokému pracovnímu zatížení například nedostatečným poskytováním informací nutných k práci či péči o velký počet pacientů (2).

Jako sestru pracující u lůžka mě lákalo zjistit, jaký vliv má organizace ošetrovatelské péče na spokojenost pracujících. Na základě provedeného výzkumného šetření budou prezentovány výsledky vedoucím pracovníků nemocnice, kde bylo výzkumné šetření realizováno. Součástí budou i návrhy ke zlepšení motivace a spokojenosti sester (např. úpravou systému práce, pořádáním manažerských kurzů

vedení pro pracovníky oddělení, teambuildingu, zajištění pravidelných supervizí či Bálintovské skupiny).

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vývoj ošetrovatelství a ošetrovatelského vzdělávání

Ošetrovatelství u nás bylo ovlivňováno ze tří směrů: vlivem laické a charitativní péče a vlivem medicíny. Významný byl také rozvoj samostatné péče v terénu (3).

K rozvoji laické a charitativní péče došlo v 10. století. První hospice vznikaly jako útulky pro chudé, kde péči poskytovaly civilní sestry. Došlo také k výstavbě prvních špitálů, které byly zakládány náboženskými řády při klášterech. Zde se péče poskytovala prostřednictvím osob bez jakéhokoli odborného vzdělání (3).

Významnou osobností této doby byla Anežka Přemyslovna, zakladatelka mnoha klášterů a náboženských řádů - špitální bratrstvo, řád křížovníků s červenou hvězdou. Pro tyto řády napsala pravidla, jak správně pečovat o chudé a nemocné. Dalším příkladem laskavé charitativní péče byla Zdislava z Lemberka, patronka rodinného a manželského života. V Dalimilově kronice se popisuje její „zázračná moc“ skrze Boha (3).

S rozvojem medicíny v 2. polovině 18. století vznikaly při lékařských fakultách první všeobecné nemocnice, čímž došlo k vymezení nové role sestry - pomocnice lékaře plnící jeho příkazy, v nemocnici i v domácnosti pečující o nemocné. Vlivem zvyšujícího se počtu nemocnic a emancipačního hnutí, vznikla v Praze roku 1874 první Česká ošetrovatelská škola. Politické důvody však posléze zapříčinily její zánik. V roce 1916 byla v Praze založena Státní dvouletá ošetrovatelská škola, která proslula vysokou odbornou úrovní. O dva roky později (r. 1918) byla tamtéž otevřena vyšší sociální škola, jejímž cílem bylo připravit v jednoletém studiu sociální pracovníky (později diplomované sestry) pro samostatnou práci v terénu. Velkou zásluhu na jejím založení měla Alice Masaryková (3, 4).

První absolventky státní ošetrovatelské školy založily roku 1921 Spolek absolventek ošetrovatelské školy, v roce 1928 pak přejmenovaný na Spolek diplomovaných sester. Tento spolek měl pozitivní vliv na do té doby špatnou životní úroveň sester. Zakládaly se ubytovny, upravila se pracovní doba sester a také jejich platové podmínky. Spolek pořádal přednášky, kurzy, podílel se na zaklození další

ošetřovatelské školy. Začal spolupracovat se zahraničními sesterskými organizacemi a v roce 1933 byl přijat do Mezinárodní rady sester (5).

Během 2. světové války se neotevíraly nové školy a byla pozastavena činnost profesních organizací. Rozvíjelo se zejména nemocniční ošetřovatelství, poprvé vznikla funkce hlavní sestry (5).

Jelikož se zvýšila poptávka po kvalifikovaných ošetřovatelkách, došlo po válce k budování nových ošetřovatelských škol. Po vzoru Sovětského svazu se začaly budovat Střední zdravotnické školy, které poskytovaly středoškolské vzdělání ve všech oborech (zdravotní sestra, laborant, rehabilitační pracovník, dietní sestra, ženské sestra). Směr, jímž se vyvíjelo ošetřovatelství, významně ovlivnila medicína. Sestry se začaly zaměřovat na výkony praktických činností, které dříve nepatřily do jejich kompetencí. Působily jako pouhé asistentky lékařů a ne jako rovnocenní partneři v péči o pacienta (5).

Celoživotně však středoškolské vzdělání sestře stačit nemohlo, a tak vznikl Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě. Zde si sestry mohly zvýšit odbornou kvalifikaci (3).

Pro pedagogickou odbornost sestry-učitelky bylo otevřeno vysokoškolské studium. Spolek diplomovaných sester po roce 1948 zanikl. Teprve v roce 1973 se podařilo založit Československou společnost sester. Roku 1982 se stala členem Mezinárodní rady sester (3).

Porevoluční změny se dotkly také českého ošetřovatelství. Postupně se vyprofilovalo v samostatný vědní obor se svou filozofií oboru, paradigmatem a metaparadigmatem, metodologií, výzkumem, systémem univerzitního a postgraduálního vzdělávání, národními a mezinárodními profesními organizacemi (6,7).

Směrnice Evropské unie zahrnují povolání sester a porodních asistentek mezi regulované profese s automatickým uznáváním v rámci Evropské unie. Pro vzájemné uznání kvalifikačních titulů sester a porodních asistentek stanovily směrnice minimální úroveň základní kvalifikace, podmínky přijetí ke studiu, rámcový vzdělávací program, personální a materiální podmínky vzdělávání. Tyto směrnice byly základem přeměny vzdělávání sester a porodních asistentek v 90. letech v České republice. Otevřelo se

pomaturitní kvalifikační studium v oboru všeobecná sestra v denní, dálkové i večerní formě, vysokoškolské denní studium v oboru ošetrovatelství, vyšší odborné tříleté denní studium na vyšších zdravotnických školách. Vzhledem ke skutečnosti, že úplné střední odborné studium v oboru všeobecná sestra nesplňovalo kritéria Evropské unie, došlo k jeho zrušení. V roce 1996 byly převedeny střední a vyšší zdravotnické školy pod resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. K dalším změnám došlo v roce 2000. Střední a vyšší školy přešly pod krajskou samosprávu. Ministerstvo školství zaštitilo veřejné vysoké školy univerzitního a neuniverzitního typu. Změny ve vzdělávání přinesl zákon číslo 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, příslušných vyhlášek a nařízení vlády. Sestry mohou získat odbornou způsobilost absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru nebo v oboru diplomová všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách (6).

Sestry se stávaly aktivnějšími, vytvářely profesní organizace, ve kterých se sdružovaly. Mezi takové patřily například Česká asociace sester nebo Česká společnost sester. V roce 1999 došlo k jejich sloučení a organizace je tak nadále v provozu pod názvem Česká asociace sester. Dále vznikaly odborové organizace, mezi něž patří Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče a Unie zdravotnických pracovníků Čech, Moravy a Slezska (6).

1.2 Principy ošetrovatelství

Ošetrovatelství jako samostatná vědní disciplína se zaměřuje na aktivní uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb zdravého i nemocného člověka v péči o jeho zdraví. Mezi cíle ošetrovatelství dle Světové zdravotnické organizace patří podporovat a upevňovat zdraví, účastnit se na navracení zdraví, zmenšovat utrpení nemocného člověka a zabezpečit klidné umírání a důstojnou smrt (8).

Ošetrovatelství se podílí na individualizované péči pomocí ošetrovatelského procesu. Důraz je kladen na poskytování aktivní péče, která musí být podepřena vědeckými poznatky na základě prováděných výzkumů. Péče má preventivní charakter.

Preferuje se holistický přístup k nemocným a péče má být realizována ošetrovatelským týmem složeným z různě odborně způsobilých pracovníků (8).

1.3 Organizace zdravotnické péče v České republice

Na území České republiky jsou provozována státní i nestátní zdravotnická zařízení, která poskytují pacientům pojištěným u příslušné zdravotní pojišťovny zdravotní péči bez přímé úhrady. Zdravotní péče je zajištěna soustavou zdravotnických zařízení, mezi něž se řadí ambulantní péče, zařízení ústavní péče, zařízení závodní preventivní péče, zařízení neodkladné péče, zařízení dopravy nemocných, raněných a rodiček, zařízení lázeňské péče, zařízení zajišťující léčiva a zdravotní pomůcky a stomatologické výrobky (9).

1.4 Ošetrovatelské kompetence

Zákon č.105/2011 Sb., kterým se mění zákon č.96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotnické péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, přispívá ke zvyšování samostatnosti a kompetencí zdravotnických pracovníků a podporuje jejich stabilizaci ve zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví České republiky tak reaguje na požadavky Světové zdravotnické organizace a Evropské unie definované v řadě dokumentů, naposledy v Mnichovské deklaraci z roku 2000, jejímž podpisem se Česká republika zavázala k reformě ošetrovatelství a porodní asistence. Ta si klade za cíl plně využít profesionálního potenciálu zdravotníků a nutnosti posílit kompetence sester (10, 11).

Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra, lze získat v současnosti dokončením studia na vyšší odborné škole nebo vysoké škole v oboru všeobecná sestra. Sestra poskytuje zdravotnickou péči v souladu s právními předpisy a standardy. Sleduje dodržování hygienicko – epidemiologického režimu. Podává

pacientovi informace v šíři své odborné způsobilosti. Pomáhá vést studenty v praktické části vyučování (12).

Všeobecná sestra může pracovat bez odborného dohledu a bez indikace nebo pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí či bez odborného dohledu na základě indikace lékaře (13).

1.5 Organizační systémy práce zdravotnického týmu

Péči na oddělení poskytují zdravotničtí pracovníci s různým odborným vzděláním a kvalifikací. Dohromady tvoří zdravotnický tým, do něhož patří lékaři, sestry, fyzioterapeuti, dietní sestry, ošetrovatelky, psychologové a osoby dalších profesí. Rozdělení práce, činností a právní zodpovědnosti uvnitř zdravotnického týmu určují kompetence jednotlivých profesí. Společným snažením všech zmíněných spokojený pacient s uspokojenými potřebami. Sestra má ve zdravotnickém týmu významnou pozici, protože se podílí na všech složkách léčebně preventivní péče. Ze zúčastněných tráví s pacientem nejvíce času a je blízkým spolupracovníkem lékaře (12).

Součástí zdravotnického týmu je i tým ošetrovatelský. Ošetrovatelský tým zabezpečuje ošetrovatelskou péči. Jeho součástí jsou sestry s různým stupněm kvalifikace, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelky a sanitáři (12, 14).

1.5.1 Typy ošetrovatelské péče

Základní ošetrovatelská péče se užívá tam, kde pacient není schopen obstarat běžné denní aktivity v důsledku zdravotního stavu, léčby či vyšetřovacích postupů. Péče se zaměřuje na hygienu, aktivizaci nemocných, péči o vyprazdňování. Základní životní funkce nemocných nejsou narušeny. Specializovaná ošetrovatelská péče se zaměřuje na pacienty, které zdravotní stav, léčba či vyšetřovací postup výrazně limituje v běžných aktivitách dne. Patří sem například pacienti, jež ohrožuje selhání základních životních funkcí. Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče se poskytuje pacientům, u kterých došlo k selhání základních životních funkcí anebo jsou selháním bezprostředně ohroženi (12).

1.5.2 Organizace práce sestry

Cennou devizou sesterské práce je její rozmanitost, což může sestra využít při výběru oddělení – pracoviště. Co jedné sestře vyhovuje, druhou stresuje a naopak. Výběr pracoviště by měl probíhat na základě osobních předpokladů, zkušeností a věku. V současnosti mohou sestry pracovat ve dvanáctihodinových směnách, střídají se v denních a nočních službách. V osmihodinových směnách se střídají formou ranních, odpoledních a nočních služeb. Další možností je práce v ranních směnách, jak to funguje například v ambulantním provozu (12).

Stejně tak jako péče zdravotnická, tak se i péče ošetrovatelská poskytuje formou ambulantní, domácí a ústavní ošetrovatelské péče. Ambulantní ošetrovatelskou péči sestra zabezpečuje v zařízeních poskytující jednodenní zdravotnickou péči, ve stacionářích a v ambulancích. Domácí péče je zabezpečována prostřednictvím agentur domácí ošetrovatelské péče. A ústavní ošetrovatelská péče je poskytována v nemocnicích, léčebnách, hospicích, lázních, domech ošetrovatelské péče (6).

1.5.3 Náplň práce sestry

Sestry provádí mnoho rozličných činností, které se dají rozdělit podle jejich obsahu na základní ošetrovatelskou péči, diagnosticko – terapeutické výkony, administrativní činnost, výchovně - vzdělávací činnost, přípravné a dokončující práce. Základní ošetrovatelská péče se zaměřuje na provádění činností, kterými sestra může uspokojovat základní potřeby nemocného. Mezi něž patří například péče o výživu, vyprazdňování, hygienu, bolest, prevence imobilizačního syndromu a jiné. Není velký rozdíl, zda je tato péče prováděna v domovech pro seniory či v nemocničních odděleních. Základní ošetrovatelská péče má zaujímat největší podíl v činnostech sestry lůžkových zařízení (12).

Jako blízký spolupracovník lékaře se sestra podílí na přípravě a provádění vyšetřovacích metod a pečuje o pacienta po vyšetřeních. Tyto výkony jsou zařazeny do diagnosticko-terapeutických činností (12).

Sestra je ze zákona povinna vést zdravotnickou dokumentaci, jejíž součástí je i dokumentace ošetrovatelská. Ta obsahuje ošetrovatelskou anamnézu, plán

ošetřovatelské péče, záznam provedení ošetřovatelských výkonů, záznam bolesti, tiskopis péče o chronické rány, překládovou, propouštěcí zprávu a edukační záznam a jiné. Nutnost vedení dokumentace spočívá především v zajištění kontinuity péče u nemocného, informovanosti všech členů zdravotnického týmu, plánování a poskytování ošetřovatelské péče a její kontroly, právní ochrana pacienta i zdravotnického zařízení, možnost využití záznamů pro výuku či ošetřovatelský výzkum. Záznamy do dokumentace mají být provedeny současně s provedenou ošetřovatelskou činností. Každý záznam sestry má být opatřen razítkem a podpisem (12).

Přípravnými a dokončujícími pracemi sestra zajišťuje nekomplikovaný chod oddělení a péči o nemocného. Tyto činnosti jsou spojené s přípravou diagnostických a léčebných výkonů. Přípravné práce se pojí s doplňováním spotřebního materiálu a léků, kontrolou expirací veškerého materiálu a léků, péčí o pomůcky, s kontrolou přístrojové techniky a jinými. Dokončující práce se provádí po dokončení ošetřovatelského, diagnostického či léčebného výkonu. Mezi tyto činnosti patří úklid pomůcek, úklid, očista lůžka po propuštění nemocného a jiné. Uvedené práce s výjimkou specializovaných výkonů může vykonávat zdravotnický asistent, ošetřovatel či sanitář (12).

Sestra působí ve výchově a vzdělávání. Zaměřuje se na edukaci nemocných a jejich příbuzných (například aplikace inzulínu nebo péči o stomii). Sestra pomáhá pacientovi s praktickým nácvikem, ale může vytvářet i edukační materiály, v rámci preventivní péče provádí osvětu formou přednášek. Neméně důležitou roli sehrává v praktické výuce studentů na pracovišti v době praktického zácviku či vedení nové sestry v době adaptačního procesu. Nelze pozapomenout, že sestry pořádají semináře a konference, kde přednášejí či publikují odborné články (12).

Rozdíl v poměru jednotlivých zastoupených činností se v různých úsecích ošetřovatelské péče může lišit. Příkladem je sestra v ambulanci, která má větší část práce administrativní na rozdíl od sestry v domově pro seniory, u které převažuje základní ošetřovatelská péče v oblasti uspokojování základních potřeb (12).

1.5.4 Organizační systémy poskytované péče

V souvislosti s poskytováním kvalitní a efektivní péče se odborníci snaží nalézt vhodný systém ošetrovatelské péče. Jeho výběr závisí na charakteru a rozsahu poskytované péče, složení ošetrovatelského týmu a organizaci práce. Existují různé systémy poskytování ošetrovatelské péče. Liší se například skladbou personálu, který poskytuje ošetrovatelskou péči, organizací práce ve smyslu přidělování úkolů, zodpovědností za jejich plnění, plánování, hodnocení v rámci ošetrovatelského procesu, odlišností ve svém zaměření (na ošetrovatelské výkony nebo potřeby pacienta), výsledcích poskytované péče a mírou spokojenosti pacienta. (6)

Jednotlivé systémy organizace práce sester byly odrazem určité doby a jsou prezentovány tak, jak se postupně vyvíjely s těmi, které jsou v současnosti nejčastěji používány (15).

1.5.4.1 Případová metoda

Případovou metodou byla organizována péče o pacienty od samého vzniku ošetrovatelství jako profese. Sestra zodpovídala za komplexní péči u pacienta, která zahrnovala i nezbytné výkony jako podání léků, převazy ran a jiné. Sestra se zodpovídala své přímé nadřízené - vrchní sestře. Péči skupině nemocným sice poskytovala jen jedna osoba, ale ne všechen personál měl odbornou způsobilost pro výkon veškeré péče u pacienta. Příčiny byly zřejmé. Zpočátku sestry nebyly systematicky vzdělávány. Další příčinou byla druhá světová válka, kdy vznikla vyšší poptávka po zdravotnickém personálu. Docházelo k najímání nekvalifikovaného personálu, který se zaškoloval přímo při práci. Vrchní sestře se přímo zodpovídalo velké množství lidí, šlo o takzvaný nadměrný rozsah kontroly. Daný systém je předchůdce primárního systému (15).

1.5.4.2 Funkční systém

Funkční systém se vyvinul, aby řešil různou úroveň pečovatелů. Péče byla rozdělována do skupin činností, kterou prováděla osoba, k tomu pověřená. Sestra

vykonávala tyto činnosti u všech pacientů na oddělení. Za celkové řízení, dohled a vzdělávání ošetrovatelského personálu byla odpovědná vrchní sestra. Ošetrovatelky myly a krmily pacienty. Sestry zodpovídaly za podání léků, příjem pacientů, aplikaci injekcí, převazování ran a jiné léčebné procedury. Díky takto nastavenému systému, však docházelo k velkému rozdrobení péče. Sestra znala povrchně všechny pacienty, důkladně nikoho. Zodpovědnost cítila za vykonanou práci, ne však za nemocného. Fragmentace péče zhoršovala koordinaci práce, a to v konečném důsledku vedlo ke snížení kvality péče. Vše se odráželo v nespokojenosti personálu i pacientů. I přes všechny nevýhody se daný systém organizace péče užívá dodnes (15).

1.5.4.3 Týmové ošetrovatelství

Systém týmového ošetrování se rozvinul v poválečném období v letech 1943-1945. Měl za úkol řešit poválečný příliv profesionálních sester a nadměrný rozsah kontroly vrchních sester. Vzhledem k výše uvedenému byla zadána studie ke zlepšení poskytování ošetrovatelské péče. Autorkami idey „zajistit individualizovanou péči o pacienty v maximální možné míře a kvalitě“ byly doktorka Eleanor Lambertsonová z Kolumbijské univerzity v New Yorku a Francies Perkins z Massachusettské všeobecné nemocnice. Tým podle jejich představ pracoval následovně. Vedoucí týmu, což byla služebně starší sestra, určila ráno při hlášení úkoly a rozdělila péči o pacienty na základě dosaženého vzdělání a praxe. Během dne prováděla osobní kontroly vykonané práce. Na konci směny pak uskutečnila zhodnocení péče o pacienty s aktualizací plánů ošetrovatelské péče. Do systému týmového ošetrovatelství byli zapojeni pracovníci všech úrovní, což zajistilo maximální a kvalitní péči o pacienta. Systém dále přenesl pravomoc za řízení péče z vrchní sestry na vedoucího týmu. Vrchní sestra již nebyla prostředníkem veškeré komunikace. Všichni členové týmu uměli naplánovat, realizovat, a hodnotit péči o pacienty. Pravomoc sestry se přesunula z přímé péče u lůžka ke koordinaci péče a řízení ostatního personálu. Sestra přestala využívat svůj odborný potenciál ve formě specializovaných ve formě znalostí ošetrovatelství (15).

1.5.4.4 Systém primárních sester

Systém primárních sester se poprvé začal využívat v roce 1963 ve Spojených státech Amerických pod vedením Lydie Hallové v Loebově středisku v Bronxu. Při poskytování ošetrovatelské péče primárním systémem se sestra stará o pacienta, kterému plánuje péči na celých 24 hodin a zapojuje ho do plánování, realizace a hodnocení péče. Sleduje vývoj zdravotního stavu pacienta, spolupracuje s rodinou a informuje o vývoji a propuštění terénní sestru. Takto poskytovaná ošetrovatelská péče přináší osobní vztah sestry s pacientem a žádoucí komunikaci. Sestra získává hlubší znalosti o stavu pacienta v oblasti diagnostické, léčebné i ošetrovatelské, čímž je poskytována kvalitní a komplexní a vysoce individualizovaná péče. Na druhou stranu prohloubení vztahů mezi sestrou, pacientem a jeho rodinou může sestře přinášet větší psychickou zátěž. Systém primární péče se využívá u pacientů v těžkém stavu nebo u pacientů s delší hospitalizací. Sestra pečuje o nemocného od přijetí až po propuštění a přebírá skutečnou odpovědnost za pacienta. Samozřejmě není v lidských silách zajistit, aby primární sestra poskytovala kontinuální péči pacientovi, takže v její nepřítomnosti pečuje o pacienty sestra sekundární (zástupná). K jejím povinnostem patří, pokračovat v započaté péči primární sestry. Primární sestra jedné skupiny pacientů může být sekundární sestrou druhé skupiny. Péči o pacienty rozděluje vrchní sestra. Systém primárních sester klade zvýšené nároky na počet profesionálních sester. K zajištění ošetrovatelské péče tímto systémem je nutná úprava počtu personálu (15, 16).

1.5.4.5 Modulární ošetrovatelství

Modulární ošetrovatelství není odezvou na chyby v primárním systému, ale snaží se kombinovat primární a týmové ošetrovatelství. Reaguje na problém nedostatku pracovníků v primárním ošetrovatelství. Tento systém se využívá v zahraničí v terénní péči (15).

1.5.4.6 Systém ošetřování zaměřené na případ, tj. case management

Case management není snadné definovat, jde o „systém poskytované péče zaměřený na splnění specifických cílů v daném čase se specifickými zdroji u specifické populace pacientů (17, s. 216)“.

Tento systém již řadu let funguje ve sféře veřejného zdravotnictví a celkem nedávno se začal využívat v akutních lůžkových zařízeních. Vychází z modelu primárního ošetřovatelství a zvyšuje jeho efektivitu (18).

V praxi sestry „case manažerky“ koordinují práci všech členů multidisciplinárního týmu při poskytování péče vybrané skupině pacientů. Jde o skupiny pacientů rizikových a komplikovaných nebo akutních. V procentech tato skupina nepřesahuje 20 %, ale náklady na léčbu přesahují až 80 % všech zdrojů. Cílem case managementu je nejdříve stabilizovat kritické pacienty, a tím normalizovat finanční zdroje, což je v době snižování nákladů a šetření velmi výhodné. Tento systém umožňuje předcházet komplikacím, rozpoznat a identifikovat nákladné problémy, a tím jim předcházet či dříve léčit. V některých zdravotnických zařízeních se profilují „case manažerky“ na pacienty s určitou diagnózou (diabetes mellitus, pacienti po mozkové příhodě nebo s popáleninami). Označují se jako manažerky onemocnění. Case manažer se stará o kontinuitu péče a zajišťuje její vyšší kvalitu. Pozice case manažera, vyžaduje vysokoškolský typ vzdělání minimálně bakalářské či magisterské úrovně (17).

1.5.4.7 Systém skupinové péče (celková péče)

Sestra zodpovídá za určitou skupinu pacientů, o které pečuje a vede jejich dokumentaci. Pro fungování toho systému se musí zajistit stabilní tým skupinových sester, což je náročné na počet ošetřovatelského personálu a jeho organizaci. Tento systém organizace péče se využívá na odděleních s převažující krátkodobou hospitalizací, jako jsou operační obory a oddělení s větším počtem lůžek. O danou skupinu se má starat vždy stejná skupinová sestra. Skupiny by měly zůstat stabilní a ne se pokaždé měnit. Systém je zaměřen na pacienta. Pro každého nemocného sestra vypracuje ošetřovatelský plán, který doplňuje a koriguje (8, 19).

1.5.4.8 Pokojový systém péče

Pokojový systém bývá mylně označován za skupinový systém. Pracoviště se rozdělí na několik pracovních úseků dle pokojů. Sestra pečuje o nemocné na „svých pokojích“. V případě převezení pacienta na jiný pokoj se mění i pečující sestra. Může se využívat na jednotkách intenzivní péče s rychlou výměnou pacientů. Při nástupu do práce má sestra přidělen určitý počet lůžek s nemocnými i bez nich, počítá se i možností akutního příjmu. Tento systém nemá nic společného s poskytováním individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, ale jde o vhodnější variantu než v případě funkčního systému (12, 19).

V praxi však nemusí být systém péče poskytován pouze v čisté podobě, systémy se mohou dle potřeby oddělení různě kombinovat a modifikovat. Příkladem může být kombinace skupinové systému s funkčním či kombinace funkčního, skupinového a primárního systému (20).

1.5.4.9 Doporučený systém poskytované péče

Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve své koncepci vymezuje systémy, kterými se má poskytovat péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Sestry pracující v nepřetržitém provozu mohou zajišťovat péči pomocí skupinového systému nebo systémem primárních sester. Ty vyžadují pravidelné a kvalitní předávání a výměnu informací o nemocném, která se provádí formou krátkých porad ošetrovatelského týmu a předávání služby za přítomnosti nemocného. Do ošetrovatelského procesu mají být zapojeni i studenti, kteří se připravují na výkon povolání. Ošetrovatelskou péči u nemocného plánuje skupinová či primární sestra. V terénu zajišťuje sestra ošetrovatelský proces v úzké spolupráci s příslušným lékařem primární péče (21).

Všechny systémy organizace péče měly ve svém vývoji jeden společný rys, a to poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Tvůrci těchto systémů měli vždy snahu ponechat pozitiva z původního systému ošetrovatelské péče a odstranit její

problematickou část. Nevýhody v systému péče byly dobrým impulzem k vytvoření systému nového (16).

1.6 Uspokojování potřeb pacienta formou ošetrovatelského procesu

Jak je v koncepci českého ošetrovatelství zakotveno, ošetrovatelskou péči poskytuje ošetrovatelský personál pomocí ošetrovatelského procesu. Metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče zahrnuje vyhodnocení stavu pacienta a jeho potřeb, určení ošetrovatelských problémů, plánování činností, provedení naplánovaných činností a zhodnocení výsledků (8).

Aby mohl být ošetrovatelský proces realizován, musí dojít k úpravě organizace a poskytování ošetrovatelské péče. Navázání úzkého vztahu sestry s pacientem a jeho rodinou je důležité protože, aby sestra mohla dobře naplánovat a poskytovat kvalitní péči, musí pacienta dokonale poznat, což některé systémy organizace péče nezaručí. Příkladem je funkční systém, v němž se sestry zaměřují na vykonání činností a ne na uspokojení pacientových potřeb (8).

1.7 Pracovní spokojenost

Pracovní spokojenost v odborné literatuře bývá definována jako příjemný pocit vážící se k prováděné práci. Velmi úzce je propojena s postojem, motivací a identifikací. T.Kollarik popisuje takzvanou „spokojenost s prací“, která se vztahuje k vykonané práci a „spokojenost v práci“ v souvislosti s organizací, kde je činnost prováděna. V moderních organizacích se pracovní spokojenost pečlivě monitoruje stejně jako pracovní efektivita, protože podstatně ovlivňuje chování jednotlivých pracovníků a skupin v organizaci (22).

1.7.1 Charakteristiky a znaky pracovní spokojenosti

Pracovní spokojenost spojuje zaměstnanec s pocitem radosti z vykonávané práce, sebeuspokojením nebo s možností se seberealizovat. Hodnotí obsah, charakter práce, kterou provádí. Z venku se ukazuje v jeho postojích (23).

Celková spokojenost poukazuje na obecný postoj k vykonané práci. Dílčí souvisí s jednotlivými faktory ovlivňující práci. Jednotlivé dílčí spokojenosti či nespokojenosti se ukazují v celkové spokojenosti. Intenzita spokojenosti vystihuje sílu prožitku, která se může klasifikovat od maximální spokojenosti po maximální nespokojenost. Stálost spokojenosti je projevována vyrovnaností a nestálostí prožitků. Spokojenost snadno ovlivňují různé faktory. Relativní stálost spokojenosti může být dána individuálními vlastnostmi jedince (22).

1.7.2 Teorie spokojenosti

Jednofaktorová teorie spokojenosti popisuje posun spokojenosti od maximální spokojenosti k absolutní nespokojenosti. Očekává se, že když se budou budovat optimální pracovní podmínky, vzroste spokojenost (22).

Herzberger ve své dvoufaktorové teorii rozděluje pracovní spokojenost na vnější (ne – nespokojenost) spokojenost. Do které patří pracovní podmínky, mezilidské vztahy ve skupině, platy a sociální politika organizace. Tyto faktory se označují jako hygienické a jejich záporné hodnocení podněcuje nespokojenost. A vnitřní (ne – nespokojenost) uspokojení z práce. Faktory ovlivňující spokojenost v této kategorii se označují jako motivační (23).

V teorii je popsáno, že jedinec si zevní faktory uvědomuje pouze tehdy, nevyhovují-li mu, nebo když nejsou v pořádku. V tomto případě se jedná o nespokojenost. Pokud pracovník považuje tyto faktory za bezproblémové, nejedná se o spokojenost, ale o ne-nespokojenost. Podnik, který se stará o tyto faktory, tím ovlivňuje spokojenost pracovníků a zlepšuje jejich ochotu k práci (23).

1.7.3 Činitelé pracovní spokojenosti

Nespokojenost zdravotnického personálu závisí zejména na charakteru práce a její náplni, na fyzických a sociálních okolnostech jejího výkonu. Podmíněna je vztahy se spolupracovníky, způsobem řízení a organizace a kvalitou poskytované sociální péče o pracovníky a také tím, zda při jejím vykonávání dochází k pracovnímu postupu (24).

Dalším činitelem pracovní spokojenosti je pracovní prostředí. Výrazně ovlivňuje výkon sester. Může být impulzem k odchodu pracovníků z určitých oddělení anebo naopak sestry přiláká. Fyzikální podmínky (míra hluku, osvětlení, teplota a vlhkost vzduchu, vibrace, prašnost) jsou těmi nejčastějšími, které utváří optimální podmínky pracovního prostředí. Některé z těchto podmínek lze odstranit nebo upravit, jiné jsou součástí profese a musí být přijaty (například ionizující záření v medicíně 2).

Mzda nebo plat může být zdrojem silné nespokojenosti, pokud finanční ohodnocení není vnímáno jako dostatečné. Mnoho organizací proto volí utajování informací o výši platu a odměn (25).

Zaměstnanec má právo znát možnost pracovního kariérního růstu. Nejasná personální perspektiva a kariérní růst mohou zaměstnance podnítit k odchodu z organizace. Kariérní růst působí na pracovní spokojenost značně rozlišně. Velmi záleží, dojde-li k povýšení na základě pracovních úspěchů a schopností nebo je-li pracovník povýšen v důsledku dlouholeté praxe. První z možností je více prožívána a ceněna. (24, 25).

Na motivaci a spokojenost kladně působí možnost vzdělávání pracovníků. Vytvoření podmínek ke vzdělávání posiluje vazbu zaměstnance k organizaci (25).

Vedoucí pracovník významně ovlivňuje spokojenost stylem vedení a autoritou. Utváří sociální klima. Negativně poznamenává autokratickým vedením, nerozhodností, nedůsledností, hrubým či nespravedlivým přístupem k pracovníkům. Neuspokojivý vztah s nadřízeným může vést k myšlenkám pracovníka opustit organizaci. Úlohou schopného nadřízeného je vytvářet na pracovišti prostředí plné důvěry a spolupráce a podporovat u pracovníků identifikaci s prací, což je hlavním faktorem motivace a spokojenosti (23, 26).

Klima pracovní skupiny a způsob týmové práce má přímý vliv na pracovníka, a tudíž je velmi silně prožíváno, jelikož pracovní činnosti, lidé nevykonávají sami, ale musí spolupracovat s ostatními. Z výzkumů vyplývá, že hlavně pro ženy je pracovní skupina velmi důležitá (23).

Organizace práce je velmi často zdrojem nespokojenosti, jelikož pracovníci mají pocit, že ji nemohou ovlivnit. Negativně je vnímán nepoměr mezi tím, kolik práce se po sestře požaduje a kolik je ve skutečnosti schopna vykonat. Sestry velmi negativně nesou časový tlak, odporující si pokyny, přerušování práce, podhodnocení personální obsazení (2).

Při dlouhodobém přetěžování sester se vlivem stresu dostavuje psychické vyčerpání až syndrom vyhoření, které může být důvodem snížení kvality poskytované péče či odchodu zaměstnance z pracoviště (27).

Úroveň péče o zaměstnance je výrazným činitelem pracovní spokojenosti. Jedná se o škálu služeb, kterou organizace nabízí svým zaměstnancům. Péči o zaměstnance limitují finanční možnosti organizace. Patří sem stravování, zdravotnické služby, poskytování pracovních oděvů, pomůcek, doprava do zaměstnání, příspěvky na rekreaci, kulturu, podniková školka s úpravou provozu dle směnnosti sester, podnikový právník, nebo psycholog a jiné (25).

V zahraničí i u nás se tyto dílčí faktory pracovní spokojenosti sledují a jejich důležitost je významná. Mezi další dílčí faktory, které se sledují, jsou organizace práce, informovanost zaměstnanců, nedostatečná komunikace na různých úrovních (22).

1.7.4 Zjišťování pracovní spokojenosti

Mezi nejčastější metody sledování spokojenosti patří například dotazníkové metody využívající standardizované techniky zkoumající různé aspekty pracovních činností. Ty pomáhají zjistit vztah pracovníků k profesi a faktory ovlivňující spokojenost. K určení vztahu a síly spokojenosti respondenti využívají škály spokojenosti. Metoda kritických událostí pomáhá získat popis pracovních událostí, jež jsou zdrojem spokojenosti nebo nespokojenosti. Rozbor obsahu pomáhá objevit pozitivní a negativní postoje. Interview je také vhodné ke sledování příčin pracovní spokojenosti. Pomocí metody zjišťování

tendencí k činům se dotazovaný vysloví k řadě výroků, jež souvisí s organizací anebo s prací v ní. Například: „ Když se ráno probudíte, cítíte nechuť jít do práce?“ Údaje získané z těchto výroků vysvětlují postoje pracovníků k práci a k organizaci (22).

Spokojená sestra = spokojený pacient. Tato úměra dává velkou možnost řídícím pracovníkům, vytvářet takové prostředí pro práci sester, aby docházelo zkvalitnění poskytované péče o pacienty i zvýšení produktivity (2).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

„Ošetrovateľský výzkum lze vymezit jako činnost, při které empirickými metodami zkoumáme platnost hypotéz o vztazích mezi jevy v ošetrovatelství (28, s. 13)“.

V praktické části bakalářské práce jsme si vytyčili problém a cíl práce, který jsme výzkumným šetřením ověřili. Pro upřesnění cíle jsme formulovali hypotézy.

2.1 Cíl práce

Cíl 1 Zjistit, jaký systém organizace ošetrovateľské péče sestry nejvíce využívají.

Cíl 2 Zjistit, jak systém ošetrovateľské péče ovlivňuje spokojenost sester s pracovními podmínkami.

2.2 Hypotézy

H 1 Sestry pracující v nemocničním zařízení využívají převážně skupinový systém péče.

H 2 Zavedený systém poskytované ošetrovateľské péče ovlivňuje pracovní spokojenost sester.

H 3 Sestry pracující na standardním oddělení jsou více spokojené s organizací péče než sestry pracující na oddělení intenzivní péče (ARO/JIP).

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Pro výzkumné šetření jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu ke sběru dat – dotazník. Dotazník pro sestry byl zformulován po prostudování dané problematiky v odborné literatuře. Ve snaze umožnit respondentům co největší otevřenost byl dotazník anonymní a dobrovolný. Dotazník (viz příloha 2) zahrnoval celkem dvacet sedm otázek, z čehož šestnáct položek v dotazníkovém šetření mělo charakter uzavřených otázek, šest otázek bylo otevřených a pět polootevřených. Uzavřené otázky skýtaly respondentům pouze jednu možnost odpovědi, polootevřené otázky umožnily respondentům v otevřeném zakončení, krom nabízených variant, vyjádřit jinou možnost. Otevřené otázky poskytly respondentům vyjádřit svůj názor. Prvních pět otázek sloužilo k získání charakteristiky zkoumaného vzorku. Jimi jsme zjišťovali pohlaví, věk, typ oddělení, vzdělání a délku praxe respondentů. Další otázkou jsme zkoumali zastoupení různých kategorií ošetrovatelských pracovníků působících v ošetrovatelském týmu s ohledem na doporučení v koncepci ošetrovatelství, která klade důraz na poskytování vícestupňové ošetrovatelské péče (systém týmového ošetrování). V další otázce jsme se chtěli dozvědět, jaký systém ošetrovatelské péče sestry na odděleních používají. Systémy byly zařazeny dle Tóthové (2009), která ve svém výzkumu poukázala na fakt, že v praxi systémy ošetrovatelské péče nemusí existovat jen v čisté podobě, ale mohou se podle potřeb oddělení různě kombinovat. Mezi systémy organizace péče jsme zařadili systém funkční, systém skupinové péče, systém primárních sester, case management a kombinaci funkčního a skupinového systému a také kombinaci systému funkčního, skupinového a primárního (20, 29).

Míru pracovní spokojenosti sester jsme zjišťovali pomocí škály, kdy 0 % značila úplnou nespokojenost a 100 % úplnou spokojenost. V dalších třech otázkách jsme se dotazovali na výhody, nevýhody systému ošetrovatelské péče a jakému ošetrovatelskému systému by respondenti dali přednost. Následující část dotazníku jsme zaměřili na zjišťování dílčích indikátorů, které mohou ovlivňovat pracovní spokojenost sester. Ptali jsme se například na počet pacientů, o které respondenti pečují, či nároky

spojené s poskytovanou péčí, na rozmanitost práce, možnost seberealizace nebo na to, které úkony v jejich práci převládají a další. Poslední otázka byla otevřená a respondenti mohli vyjádřit své připomínky, ke zlepšení systému poskytované péče. Srozumitelnost otázek jsme ověřili pilotáží na menším průzkumném vzorku respondentů. S následnou finální úpravou dotazníku. Použitá data byla podrobena statistické analýze. Získaná data byla srovnávána pomocí chí-kvadrátu a znaménkového schématu, které umožnilo sledování signifikantních vztahů v kontingenční tabulce. Statistické analýzy byly uskutečňovány s použitím standardních statistických metod (software SPSS verze 16,0 - Statistical Package for Social Science).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo realizováno v únoru 2012 v nemocničním zařízení KZ – MN (Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice, o. z.) v Ústí nad Labem. Realizace výzkumného šetření byla povolena hlavní sestrou Mgr. Markétou Svobodovou (příloha 1). Šetření se zúčastnily sestry pracující na standardních odděleních a na odděleních oblasti intenzivní péče, pro něž byl dotazník určen. Bylo rozdáno celkem 170 dotazníků s cílem získat co největší počet vyplněných dotazníků pro objektivnost výsledků. Vráceno bylo 126 dotazníků (100 %). Návratnost tudíž byla 74,1%.

4 VÝSLEDKY

4.1 Statistické třídění prvního stupně - popisná statistika

Tabulky 1- 5 se týkají identifikačních údajů respondentů. Vypovídají o věku, pohlaví, úrovni odborného vzdělávání, délce praxe a typu pracoviště.

Tabulka 1 Typ oddělení (Tabulka 1 k otázce 1)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Standardní oddělení	83	65,9	65,9	65,9
Intenzivní péče	43	34,1	34,1	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) 83 respondentů (65,9 %) uvedlo, že pracuje na standardním oddělení. V oblasti intenzivní péče pak pracuje 43 respondentů (34,1 %).

Tabulka 2 Typ standardního oddělení (Tabulka 2 k otázce 1)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Chirurgické oddělení	34	27,0	41,0	41,0
Interní oddělení	32	25,4	38,5	79,5
Dětské oddělení	17	13,5	20,5	100,0
Celkem zodpovědělo	83	65,9	100,0	
Vyřazena intenzivní péče	43	34,1		
Celkový počet dotazníků	126	100,0		

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 34 respondentů (27,0 %), že pracuje na chirurgickém oddělení, na interním oddělení pak 32 respondentů (25,4 %), na dětském 17 (13,5 %). V rámci intenzivní péče pracuje 43 respondentů (34,1 %).

Tabulka 3 Pohlaví respondentů (*Tabulka 3 k otázce 2*)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Žena	122	96,8	97,6	97,6
Muž	3	2,4	2,4	100,0
Celkem zodpovědělo	125	99,2	100,0	
Nezodpověděl/a	1	0,8		
Celkový počet dotazníků	126	100,0		

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) bylo 122 žen (96,8 %) a 3 muži (2,4 %). Jeden respondent (0,8 %) tuto otázku nezodpověděl.

Tabulka 4 Věk respondentů (*Tabulka 4 k otázce 3*)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Do 20 let	1	0,8	0,8	0,8
21 – 30 let	29	23,0	23,0	23,8
31 – 40 let	51	40,5	40,5	64,3
41 – 50 let	36	28,6	28,6	92,9
51 let a více	9	7,1	7,1	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedl 1 dotazovaný věk do 20 let (0,8 %), věk 21 – 30 let uvedlo 29 respondentů (23,0 %), 31 – 40 let uvedlo 51 respondentů

(40,5 %), 41 – 50 let uvedlo 36 respondentů (28,6 %) a 51 let a více uvedlo 9 respondentů (7,1 %).

Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (*Tabulka 5 k otázce 4*)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
SZŠ	67	53,2	54,0	54,0
VOŠ- DiS.	9	7,1	7,3	61,3
VŠ- Bc, Mgr.	9	7,1	7,3	68,6
Specializační vzdělávání	39	31,0	31,4	100,0
Jiné vzdělání	0	0,0	0,0	
Celkem zodpovědělo	124	98,4	100,0	
Nezodpověděli	2	1,6		
Celkový počet dotazníků	126	100,0		

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 67 respondentů (53,2 %), že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je vzdělání středoškolského oboru „sestra“, 9 respondentů uvedlo (7,1 %) jako nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odbornou školu, 9 respondentů (7,1 %) vzdělání vysokoškolské. Žádný z respondentů (0,0 %) neuvedl jiný typ vzdělání. Dva z dotazovaných (1,6 %) tuto otázku nezodpověděli.

Tabulka 6 Délka praxe respondentů (Tabulka 6 k otázce 5)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Do 2 let	7	5,6	5,6	5,6
3 – 6 let	19	15,0	15,2	20,8
7 – 10 let	7	5,6	5,6	26,4
11 – 15 let	22	17,4	17,6	44,0
16 let a více	70	55,6	56,0	100,0
Celkem zodpovědělo	125	99,2	100,0	
Nezodpověděl/a	1	0,8		
Celkový počet dotazníků	126	100,0		

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 7 respondentů (5,6 %) délku praxe do 2 let, 19 respondentů (15,0 %) 3 – 6 let. Dobu praxe 7 – 10 let uvedlo 7 respondentů (5,6 %). Délku praxe 11 – 15 let uvedlo 22 respondentů (17,4 %) a praxi 16 let a více 70 respondentů (55,6 %). Jeden dotazovaný (0,8 %) tuto otázku nezodpověděl.

Tabulka 7 Systém týmového ošetřování (Tabulka 7 k otázce 6)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	65	51,6	51,6	51,6
Ne	61	48,4	48,4	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100%) uvedlo 65 respondentů (51,6%), že pracuje systémem týmového ošetřování. 61 respondentů uvedlo (48,4%), že tímto systémem nepracuje.

Tabulka 8 Systém organizace práce respondentů (Tabulka 8 k otázce 7)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Funkční systém	5	4,0	4,0	4,0
Skupinový systém	94	74,6	74,6	78,6
Funkční + skupinový systém	26	20,6	20,6	99,2
Primární systém	0	0,0	0,0	99,2
Funkční + skupinový + primární systém	1	0,8	0,8	100,0
Case management	0	0,0	0,0	
Jiný systém	0	0,0	0,0	
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 5 respondentů (4,0 %), že pracuje funkčním systémem, 94 respondentů (74,6 %) pracuje skupinovým systémem, 26 respondentů (20,6 %) pracuje kombinací funkčního a skupinového systému. Čistě primární systém neuvedl žádný respondent (0,0 %) a jeden respondent (0,8 %) uvedl, že pracuje kombinací funkčního, skupinového a primárního systému. Case management nebyl uveden žádným respondentem (0,0 %), stejně tak a jiný systém péče (0,0 %).

Tabulka 9 Míra spokojenosti respondentů s organizací práce (Tabulka 9 k otázce 8)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Spokojenost 0 - 19 %	2	1,6	1,6	1,6
Spokojenost 20 – 39 %	0	0,0	0,0	1,6
Spokojenost 40 – 59 %	15	11,9	11,9	13,5
Spokojenost 60 – 79 %	29	23,0	23,0	36,5
Spokojenost 80 – 100 %	80	63,5	63,5	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedli 2 respondenti (1,6 %) 0 – 19% spokojenost s organizací práce, žádný respondent (0,0 %) neuvedl spokojenost 20 – 30%, 15 respondentů (11,9 %) uvedlo 40 – 59% spokojenost, 29 respondentů (23,0 %) spokojenost 60 – 79 % a 80 respondentů (63,5 %) 80 – 100% spokojenost.

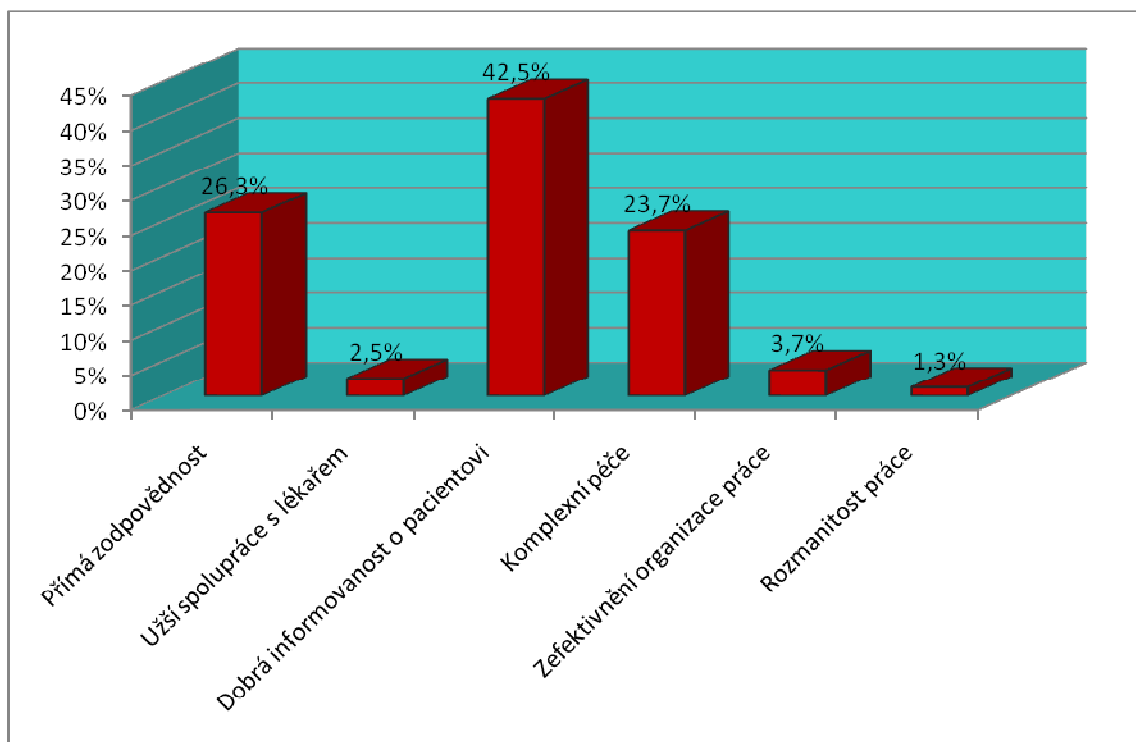
Tabulka 9a Míra spokojenosti respondentů s organizací práce

(Tabulka 9 k otázce 8)

Míra spokojenosti respondentů s organizací práce	
Průměr	78,06
Medián	80
Modus	90
Směrodatná odchylka	15,59
Minimum	30
Maximum	100
Celkem	126

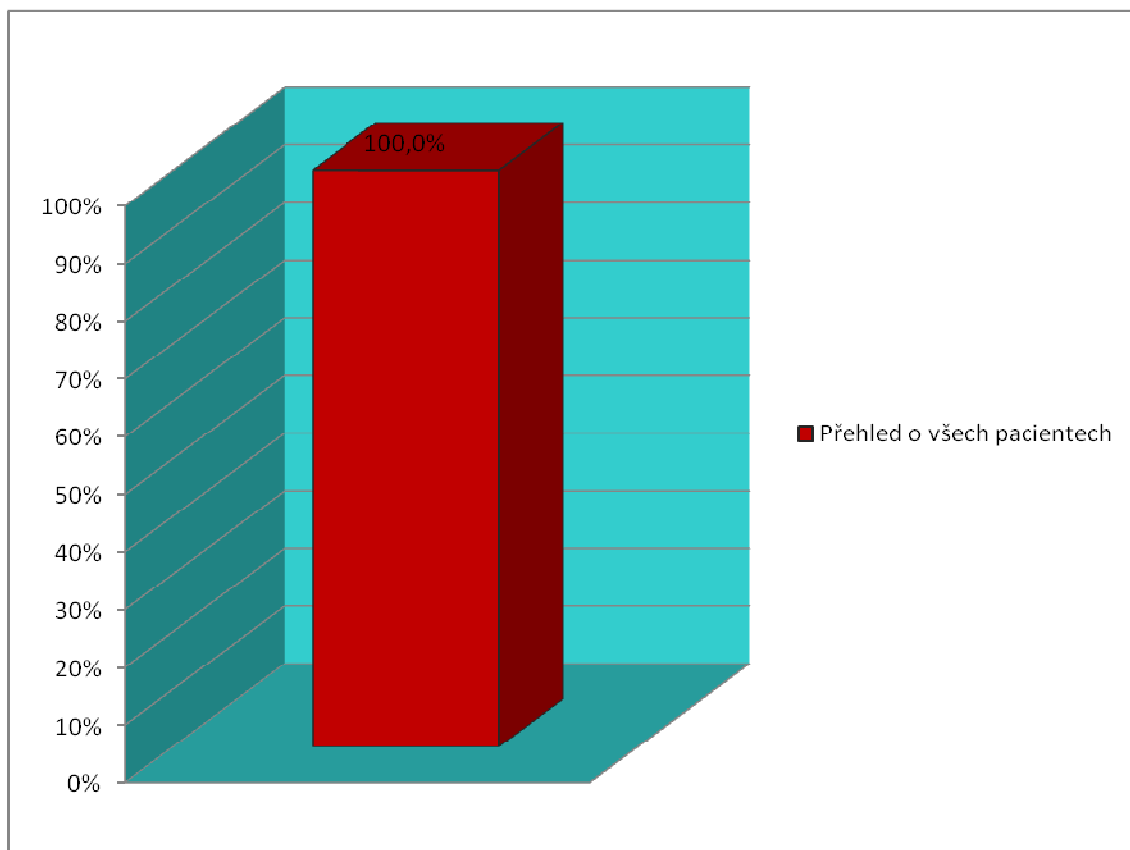
Průměrná míra spokojenosti respondentů s organizací práce byla 78,06%. Nejčastěji respondenti uváděli 90% spokojenost. Medián byl 80% (krajní hodnoty spokojenosti jsou 30 – 100 %). Směrodatná odchylka 15,95 vyjadřuje proměnlivější míru spokojenosti s organizací práce.

Graf 1a Výhody skupinového systému organizace péče (Graf 1a k otázce 9)



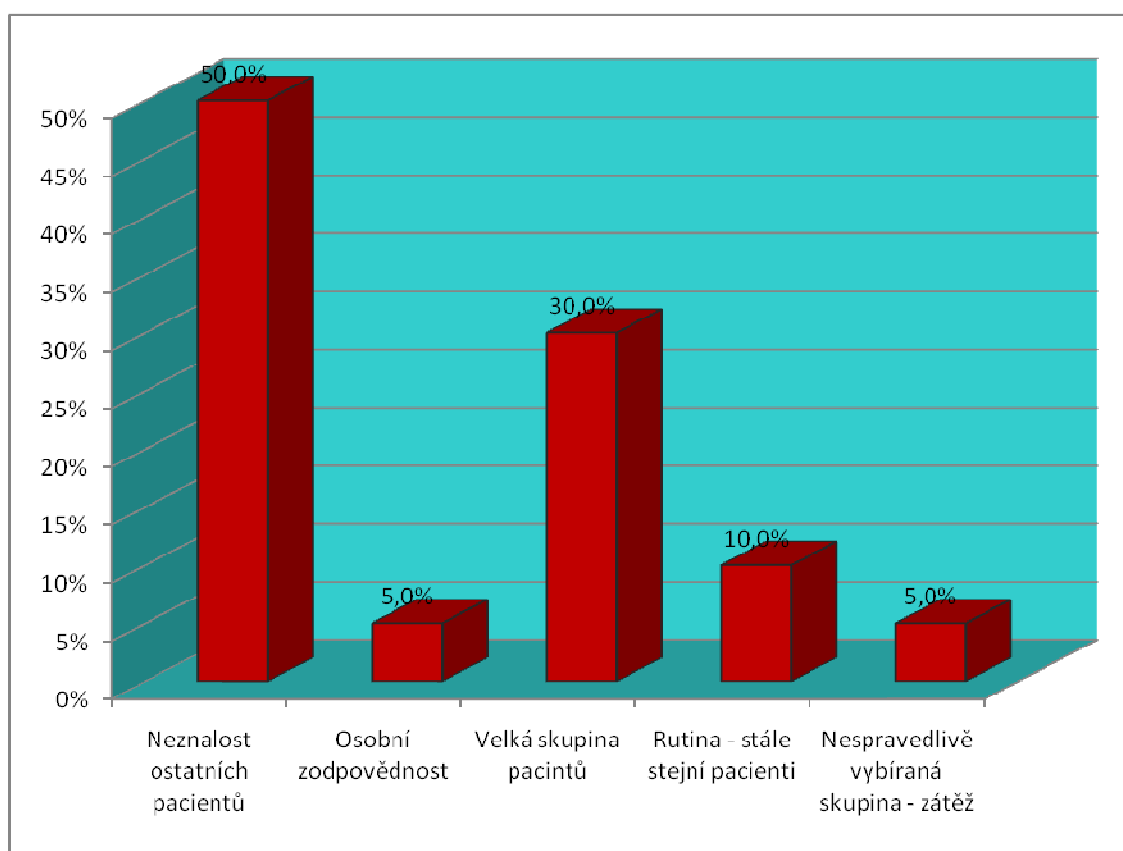
Z celkového počtu 80 odpovědí (100,0 %) byla u 21 odpovědí (26,3%) mezi výhodami skupinového systému organizace práce uvedena přímá zodpovědnost za skupinu, o kterou respondenti pečují. U 2 odpovědí (2,5 %) byla uvedena užší spolupráce s lékařem. Ve 34 odpovědích (42,5 %) byl ve výhodách uveden lepší přehled a znalost vybrané skupiny pacientů, o kterou respondenti pečují. V 19 odpovědích (23,7 %) byl uveden ve výhodách individuální přístup a komplexnost poskytované péče. Ve 3 odpovědích (3,7 %) bylo udáno, že skupinový systém organizace práce pomáhá zefektivnit péči o pacienty samostatným rozplánováním práce – autonomií a v 1 případě (1,3 %) byla uvedena rozmanitost práce.

Graf 1b Výhody funkčního systému organizace péče (Graf 1b k otázce 9)



Výhodu funkčního systému organizace práce vidí sestry ve všech 3 případech (100,0 %) v přehledu o všech pacientech.

Graf 2 Nevýhody skupinového systému organizace péče (Graf 2 k otázce 10)



Z celkového počtu 20 odpovědí (100,0 %), byla v 10 odpovědích (50,0 %) uvedena jako nevýhoda skupinového systému organizace péče neznalost ostatních pacientů, kteří nejsou v péči respondentů. V 1 odpovědi (5,0 %) byla uvedena osobní zodpovědnost za pacienty, o které respondenti pečují. U 6 odpovědí (30 %) byla uvedena mezi nevýhodami velmi početná skupina, o kterou respondenti pečují. U dvou odpovědí (10 %) byla za nevýhodnou označena rutina v péči o stále stejnou skupinu pacientů a v 1 odpovědi (5,0 %) šlo o nespravedlnost při rozdělování skupin pacientů.

Tabulka 10 Preference jiného systému ošetrovateľské péče (Tabulka 10 k otázce 11)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Primární systém	4	3,2	66,6	66,6
Skupinový systém	1	0,8	16,7	83,3
Funkční + skupinový + primární systém	1	0,8	16,7	100,0
Celkem zodpovědělo	6	4,8	100,0	
Vyhovuje stávající systém- vyřazený	120	95,2		
Celkem dotazníků	126	100,0		

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) je 120 respondentů (95,2 %) spokojeno se stávajícím systémem a 6 respondentů nespokojeno (4,8 %). Z těchto 6 respondentů by čtyři respondenti (3,2 %) chtěli pracovat primárním systémem, 1 respondent (0,8 %) skupinovým systémem. Jeden respondent (0,8 %) by preferoval kombinaci systému funkčního, skupinového a primárního.

Tabulka 11 Osoba, která přiděluje skupinu pacientů (Tabulka 11 k otázce 12)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vrchní / staniční sestra	22	17,5	18,2	18,2
Vedoucí směny	15	11,8	12,4	30,6
Dohodou	84	66,7	69,4	100,0
Celkem zodpovědělo	121	96,0	100,0	
Práce funkčním systémem- vyřazeno	5	4,0		
Celkem dotazníků	126	100,0		

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 22 respondentů (17,5 %), že skupinu pacientů jim přiděluje staniční nebo vrchní sestra. Vedoucí směny určuje skupinu pacientů 15 respondentům (11,8 %) a 84 respondentů (66,7 %) se na skupině pacientů dohodne s kolegyní ve směně. Pět dotazovaných tuto otázku nezodpovědělo, protože pracuje funkčním systémem práce.

Tabulka 12 Frekvence změny skupiny pacientů (Tabulka 12 k otázce 13)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Každá směna jiná skupina	64	50,8	52,9	52,9
Stálá skupina	35	27,7	28,9	81,8
Podle cyklu směn	22	17,5	18,2	100,0
Celkem zodpovědělo	121	96,0	100,0	
Práce funkčním systémem- vyřazeno	5	4,0		
Celkem dotazníků	126	100,0		

Z celkového počtu 126 respondentů (100%) uvedlo 64 respondentů (50,8 %), že pečuje s každou novou službou pokaždé o jinou skupinu pacientů, 35 respondentů (27,7 %) pečuje o stálou skupinu pacientů, 22 respondentů (17,5 %) uvedlo, že se jim mění skupina pacientů v závislosti na cyklu směn. Pět dotazovaných tuto otázku nezodpovědělo, protože pracuje funkčním systémem práce.

Tabulka 13 Spravedlnost při rozdělování pacientů (Tabulka 13 k otázce 14)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	47	37,3	38,8	38,8
Spíše ano	59	46,8	48,8	87,6
Těžko rozhodnout	12	9,5	9,9	97,5
Spíše ne	3	2,4	2,5	100,0
Ne	0	0,0	0,0	
Celkem zodpovědělo	121	96,0	100,0	
Práce funkčním systémem- vyřazeno	5	4,0		
Celkem dotazníků	126	100,0		

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 47 respondentů (37,3 %), že považuje za spravedlivé přidělování pacientů, 59 respondentů (46,8 %) pak přidělování pacientů považuje za spíše spravedlivé, 12 respondentů (9,5 %) se nedokázalo rozhodnout, 3 respondenti (2,4 %) uvedli, že jsou spíše nespokojeni s přidělením skupiny pacientů a žádný respondent (0,0 %) neuvedl nespokojenost s přidělením pacientů. Pět dotazovaných tuto otázku nezodpovědělo, protože pracuje funkčním systémem práce.

Tabulka 14 Názor respondentů na počet přidělených pacientů

(Tabulka 14 k otázce 15)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Malý	0	0,0	0,0	0,0
Přiměřený	115	91,3	91,3	91,3
Velký	11	8,7	8,7	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) neuvedl žádný respondent (0,0 %), že počet pacientů, o které pečuje, je malý. 115 respondentů (91,3 %) uvedlo, že počet pacientů je přiměřený, Jedenáct respondentů (8,7 %) uvedlo, že počet přidělovaných pacientů, o které pečuje, je velký.

Tabulka 15 Nároky kladené na respondenty při vykonávání péče

(Tabulka 15 k otázce 16)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Nízké	1	0,8	0,8	0,8
Přiměřené	69	54,8	54,8	55,6
Vysoké	56	44,4	44,4	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedl 1 respondent (0,8 %), že nároky spojené s poskytováním péče jsou nízké, 69 respondentů (54,8 %) je označilo za přiměřené a 56 respondentů (44,4 %) je považuje za vysoké.

Tabulka 16 Rozmanitost práce (Tabulka 16 k otázce 17)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	65	51,6	51,6	51,6
Spíše ano	45	35,7	35,7	87,3
Těžko rozhodnout	7	5,6	5,6	92,9
Spíše ne	9	7,1	7,1	100,0
Ne	0	0,0	0,0	
Celkem dotazníků	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) 65 respondentů (51,6 %) uvedlo, že považuje svou práci za rozmanitou, 45 respondentů (35,7 %) za spíše rozmanitou, 7

respondentů (5,6 %) se nedokázalo rozhodnout, zda je jejich práce rozmanitá. 9 z dotazovaných (7,1 %) považovalo svoji práci za spíše nerozmanitou. Nikdo (0,0 %) neuvedl, že by jeho práce nebyla rozmanitá.

Tabulka 17 Pocit seberealizace respondentů v souvislosti s poskytovaným systémem péče (Tabulka 17 k otázce 18)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	36	28,6	28,6	28,6
Spíše ano	59	46,8	46,8	75,4
Těžko rozhodnout	21	16,7	16,7	92,1
Spíše ne	8	6,3	6,3	98,4
Ne	2	1,6	1,6	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 36 respondentů (28,6 %), že při výkonu své práce pociťuje seberealizaci. 59 respondentům (46,8 %) práce pocit seberealizace spíše přináší, 21 respondentů (16,7 %) se nedokázalo rozhodnout, 8 respondentům (6,3 %) práce pocit seberealizace spíše neposkytuje a 2 respondentům (1,6 %) práce pocit seberealizace nepřináší.

Tabulka 18 Činnosti, které respondenti při své práci nejvíce provádí*(Tabulka 18 k otázce 19)*

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Komplexní péče	109	86,5	86,5	86,5
Výkony	3	2,4	2,4	88,9
Administrativa	5	4,0	4,0	92,9
Kombinace všech uvedených	9	7,1	7,1	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 109 respondentů (86,5 %), že se při své práci zaměřuje na komplexní péči o pacienta. 3 respondenti (2,4 %) se při své práci zaměřují spíše na výkony. U 5 respondentů (4,0 %) převažuje administrativa. Kombinaci výše uvedených uvedlo 9 respondentů (7,1 %).

Tabulka 19 Vztahy s přímo nadřízenou sestrou *(Tabulka 19 k otázce 20)*

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Pracovní	51	40,5	40,5	40,5
Přátelské	66	52,4	52,4	92,9
Konfliktní	9	7,1	7,1	100,0
Jiné	0	0,0	0,0	
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 51 respondentů (40,5 %), že s přímo nadřízenou sestrou udržuje pouze pracovní vztahy, 66 respondentů (52,4 %) označilo vztahy jako přátelské. Konfliktní vztahy udalo 9 respondentů (7,1 %). Nikdo z dotazovaných (0,0 %) neuvedl jiné než výše uvedené vztahy.

Tabulka 20 Názor respondentů na dostatek sester na pracovišti*(Tabulka 20 k otázce 21)*

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	50	39,7	39,7	39,7
Spíše ano	34	27,0	27,0	66,7
Těžko rozhodnout	9	7,1	7,1	73,8
Spíše ne	21	16,7	16,7	90,5
Ne	12	9,5	9,5	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 50 respondentů (39,7 %), že na oddělení je dostatek sester, 34 respondentů (27,0 %) uvedlo spíše dostatek sester, 9 respondentů (7,1 %) se nedokázalo rozhodnout, 21 respondentů (16,7 %) vidí počet sester na pracovišti jako spíše nedostatečný. 12 respondentů (9,5 %) pociťuje nedostatek sester na pracovišti.

Tabulka 21 Dostatek informací pro práci respondentů *(Tabulka 21 k otázce 22)*

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	58	46,0	46,0	46,0
Spíše ano	64	50,8	50,8	96,8
Těžko rozhodnout	3	2,4	2,4	99,2
Spíše ne	1	0,8	0,8	100,0
Ne	0	0,0	0,0	
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 58 respondentů (46,0 %), že má pro svoji práci dostatečné množství informací. 64 respondentů (50,8) uvedlo spíše dostatek

informací pro práci. 3 respondenti (2,4 %) se nedokázali rozhodnout. 1 respondent (0,8 %) uvedl, že má pro svoji práci spíše nedostatek informací. Nikdo neuvedl (0,0 %) nedostatek informací pro práci.

Tabulka 22 Poskytování informací respondentům přímo nadřízenou

(Tabulka 22 k otázce 23)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	81	64,3	64,3	64,3
Spíše ano	41	32,5	32,5	96,8
Těžko rozhodnout	3	2,4	2,4	99,2
Spíše ne	0	0,0	0,0	99,2
Ne	1	0,8	0,8	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 81 respondentů (64,3 %), že mu přímo nadřízená poskytuje dostatek informací k výkonu práce, 41 respondentů (32,5 %) pak uvedlo množství informací jako spíše dostatečné. 3 z dotazovaných (2,4 %) se nedokázali rozhodnout. Nikdo (0,0 %) neuvedl, že mu přímo nadřízená dostatek informací spíše neposkytuje. 1 respondent (0,8 %) uvedl, že mu přímo nadřízená neposkytuje dostatek informací k práci.

Tabulka 23 Ochota respondentů vykonat pro splnění úkolu i práci navíc*(Tabulka 23 k otázce 24)*

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	61	48,4	48,4	48,4
Spíše ano	58	46,0	46,0	94,4
Těžko rozhodnout	7	5,6	5,6	100,0
Spíše ne	0	0,0	0,0	
Ne	0	0,0	0,0	
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) uvedlo 61 respondentů (48,4 %), že pro splnění úkolů udělá něco navíc, 58 respondentů (46,0 %) udělá spíše něco navíc, 7 respondentů (5,6 %) se nedokázalo rozhodnout. Nikdo (0,0 %) neuvedl, že pro splnění úkolů spíše neudělá nic navíc. Taktéž odpověď, že by dotazovaný pro splnění úkolu neudělal nic navíc, žádný z respondentů (0,0 %) neuvedl.

Tabulka 24 Uspokojení respondentů z práce *(Tabulka 24 k otázce 25)*

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	50	39,7	39,7	39,7
Spíše ano	50	39,7	39,7	79,4
Těžko rozhodnout	16	12,7	12,7	92,1
Spíše ne	7	5,5	5,5	97,6
Ne	3	2,4	2,4	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) 50 respondentů (39,7 %) uvedlo uspokojení ze své práce, 50 respondentů (39,7 %) uvedlo spíše uspokojení, 16 respondentů (12,7 %) se nedokázalo rozhodnout. 7 respondentů (5,6 %) pocít

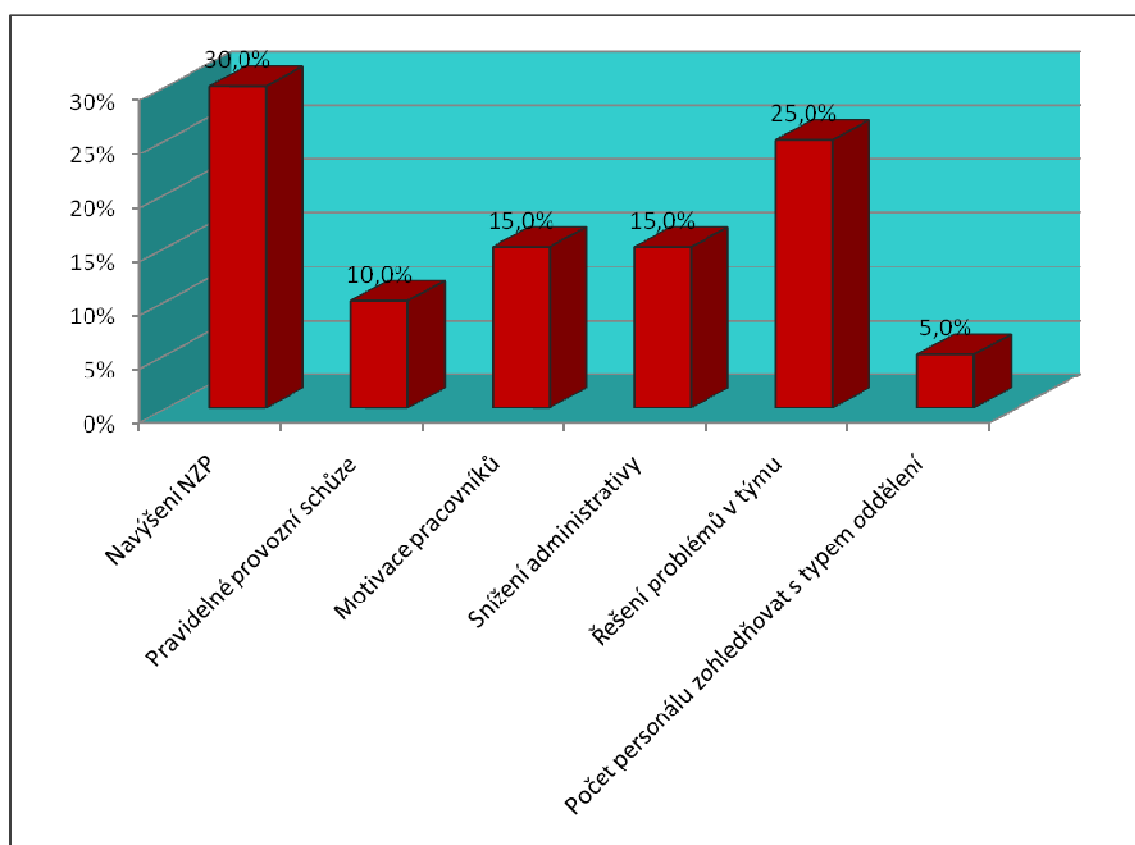
uspokojení svou prací spíše nepociťuje. 3 respondenti (2,4 %) uvedli, že nepociťují uspokojení ze své práce.

Tabulka 25 Znovuzvolení sesterského povolání (Tabulka 25 k otázce 26)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	54	42,9	42,9	42,9
Spíše ano	36	28,6	28,6	71,5
Těžko rozhodnout	19	15,1	15,1	86,8
Spíše ne	9	7,1	7,1	93,7
Ne	8	6,3	6,3	100,0
Celkem	126	100,0	100,0	

Z celkového počtu 126 respondentů (100 %) by si sesterské povolání znovu zvolilo 54 respondentů (42,9 %). 36 respondentů (28,6 %) by si ho znovu spíše zvolilo. 19 respondentů (15,1 %) se nedokázalo rozhodnout. 9 respondentů (7,1 %) by si sesterské povolání spíše nezvolilo a 8 respondentů (6,3 %) by si sesterské povolání znovu nezvolilo.

Graf 3 Možnosti zlepšení systému poskytované péče (Graf 3 k otázce 27)



Z celkového počtu 20 odpovědí (100,0 %) bylo v 6 odpovědích (30,0 %) uvedeno, že ke zlepšení poskytovaného systému organizace péče je třeba navýšit počet nižšího ošetrovatelského personálu. Ve 2 odpovědích (10,0 %) byly uvedeny pravidelné provozní schůzky. Ve 3 odpovědích (15,0 %) bylo do návrhů zařazeno zlepšení motivace pracovníků, respondenti uvedli finanční i nefinanční ohodnocení nadřízeným. Ve 3 odpovědích (15,0 %) se vyskytla nutnost snížit a zjednodušit administrativu. V 5 odpovědích (25,0 %) bylo uvedeno, že je třeba zlepšit řešení problémů v rámci pracoviště a v 1 odpovědi (5,0 %) byla uvedena nutnost zohlednit počet personálu k typu oddělení.

4.2 Statistické třídění druhého stupně – kontingenční tabulky

Kontingenční tabulka 1 Typ oddělení versus systém ošetrovatelské péče

			Systém ošetrovatelské péče				Celkem
			Funkční	Skupinový	F+S	F+S+P	
Typ oddělení	Standardní oddělení	Počet	5	58	19	1	83
		% ze standardních oddělení	6,0%	69,9%	22,9%	1,2%	100,0%
	Intenzivní péče	Počet	0	36	7	0	43
		% z intenzivní péče	0,0%	83,7%	16,3%	0,0%	100,0%
Celkem		Počet	5	94	26	1	126
		% ze všech	4,0%	74,6%	20,6%	0,8%	100,0%

Nejčastěji využívaný systém organizace ošetrovatelské péče je systém skupinové péče a to nejen na standardních odděleních (69,9 %), ale i na odděleních intenzivní péče (83,7

%). Nejméně respondenty využívaný systém péče je kombinace skupinového, funkčního a primárního systému (standardní oddělení 1,2 %, intenzivní péče – 0 %).

Kontingenční tabulka 2 Systém ošetrovatelské péče versus pracovní spokojnost

Odpovědi respondentů v otázce pracovní spokojenosti byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (ano a spíše ano, těžko rozhodnout, ne a spíše ne). Rekatégorizovány byly také odpovědi v otázce systému ošetrovatelské péče (kombinace systému funkčního a skupinového s kombinací funkčního, skupinového a primárního systému).

		Pracovní spokojenost			Celkem
		Ano a spíše ano	Těžko rozhodnout	Ne a spíše ne	
Funkční systém	Počet	4	0	1	5
	% z funkčního systému	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
Skupinový systém	Počet	72	14	8	94
	% ze skupinového systému	76,6%	14,9%	8,5%	100,00%
Kombinace systémů F,S + F,S,P	Počet	24	2	1	27
	% z kombinace systémů	88,9%	7,4%	3,7%	100,0%
Celkem	Počet	100	16	10	126
	% ze všech	79,4%	12,7%	7,9%	100,0%

Největší spokojenost (88, 9%) a zároveň i nejmenší nespokojenost (3,7 %) vyjadřovali respondenti s organizací ošetrovatelské péče, při které se využívá kombinace systémů péče. Největší názorová vyhraněnost respondentů byla zaznamenána v názoru respondentů na funkční systém organizace práce. S tímto systémem je spokojeno nebo spíše spokojeno 80 % respondentů a zároveň nespokojeno nebo spíše nespokojeno 20 % respondentů. Spokojenost nebo spíše spokojenost se systémem skupinové péče vyjádřilo 76,6 % respondentů, nespokojenost nebo spíše nespokojenost 8,5 %.

Kontingenční tabulka 3 Systém ošetrovatelské péče versus rozmanitost práce

Odpovědi respondentů v otázce pracovní spokojenosti byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (ano a spíše ano, těžko rozhodnout, ne a spíše ne). Rekatégorizovány byly také odpovědi v otázce systému ošetrovatelské péče (kombinace systému funkčního a skupinového s kombinací funkčního, skupinového a primárního systému).

		Rozmanitost práce			Celkem
		Ano a spíše ano	Těžko rozhodnout	Ne a spíše ne	
Funkční systém	Počet	3	0	2	5
	% z funkčního systému	60,0%	0,0%	40,0%	100,0%
Skupinový systém	Počet	83	5	6	94
	% ze skupinového systému	88,3%	5,3%	6,4%	100,0%
Kombinace systémů F,S + F,S,P	Počet	24	2	1	27
	% z kombinace systémů	88,9%	7,4%	3,7%	100,0%
Celkem	Počet	110	7	9	126
	% ze všech	87,3%	5,6%	7,1%	100,0%

Největší rozmanitost práce (88,9 %) vyjadřovali respondenti využívající kombinaci systémů. Ti také nejméně uváděli, že jejich práce není rozmanitá (3,7%). Největší

názorová vyhraněnost respondentů byla zaznamenána v názoru respondentů na funkční systém organizace práce. Za rozmanitou nebo spíše rozmanitou ji považovalo 60% respondentů a za nerozmanitou či spíše nerozmanitou ji považovalo 40% respondentů. Rozmanitou nebo spíše rozmanitou práci uvádělo 88,3% respondentů využívajících skupinový systém a nespokojenost nebo spíše nespokojenost vyjádřilo 6,4%.

Kontingenční tabulka 4 Systém ošetrovatelské péče versus seberealizace respondentů při práci

Odpovědi respondentů v otázce pracovní spokojenosti byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (ano a spíše ano, těžko rozhodnout, ne a spíše ne). Rekatégorizovány byly také odpovědi v otázce systému ošetrovatelské péče (kombinace systému funkčního a skupinového s kombinací funkčního, skupinového a primárního systému).

		Seberealizace			Celkem
		Ano a spíše ano	Těžko rozhodnout	Ne a spíše ne	
Funkční systém	Počet	4	0	1	5
	% z funkčního systému	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
Skupinový systém	Počet	71	16	7	94
	% ze skupinového systému	75,5%	17,0%	7,5%	100,0%
Kombinace systémů F,S+F,S, P	Počet	20	5	2	27
	% z kombinace systémů	74,1%	18,5%	7,4%	100,0%
Celkem	Počet	95	21	10	126
	% ze všech	75,4%	16,7%	7,9%	100,0%

Největší názorová vyhraněnost byla zaznamenána v názoru respondentů pracujících funkčním systémem. Největší možnost seberealizace uvedlo 80% respondentů, ale zároveň 20% respondentů pracujících tímto systémem mají pocit malé seberealizace. Možnost seberealizovat se či spíše se seberealizovat při práci skupinovým systémem vyjádřilo 75,5% respondentů a 74,1% respondentů pracujících kombinací systémů. Nemožnost se seberealizovat či spíše se neseberealizovat, při práci skupinovým systémem vyjádřilo 7,5% respondentů a 7,4% respondentů pracujících kombinací systémů.

Kontingenční tabulka 5 Systém ošetrovatelské péče versus vztahy s přímo nadřízenou

Odpovědi respondentů byly rekatégorizovány v otázce systému ošetrovatelské péče (kombinace systému funkčního a skupinového s kombinací funkčního, skupinového a primárního systému).

		Vztahy s přímo nadřízenou			
		Pracovní	Přátelské	Konfliktní	Cekem
Funkční systém	Počet	1	4	0	5
	% z funkčního systému	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%
Skupinový systém	Počet	45	42	7	94
	% ze skupinového systému	47,9%	44,7%	7,4%	100,0%
Kombinace systémů F,S+F,S, P	Počet	5	20	2	27
	% z kombinace systémů	19,2%	73,1%	7,7%	100,0%
Celkem	Počet	51	66	9	126
	% ze všech	40,8%	52,0%	7,2%	100,0%

Nejvíce přátelských vztahů se svou přímo nadřízenou uvedlo 80% respondentů pracujících funkčním systémem. Tito respondenti (0,0%) také neuvedli žádné konfliktní vztahy. Přibližně stejný počet respondentů (73,1%) uvedlo přátelské vztahy s přímo nadřízenou při práci s využitím kombinace systémů, avšak zde respondenti vyjádřili nejvíce konfliktních vztahů s přímo nadřízenou (7,7%). Také pracovní vztahy hodnotili respondenti, jak u funkčního systému (20%), tak v případě kombinace systémů (19,2%) přibližně stejně. Respondenti využívající skupinový systém k organizaci ošetrovatelské péče uvedli 47,9% pracovních vztahů, také uvedli nejméně přátelských vztahů s přímo nadřízenou (44,7%) a konfliktní vztahy uvedlo 7,4% respondentů.

Kontingenční tabulka 6 Systém ošetrovatelské péče versus dostatek sester na pracovišti

Odpovědi respondentů v otázce pracovní spokojenosti byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (ano a spíše ano, těžko rozhodnout, ne a spíše ne). Rekatégorizovány byly také odpovědi v otázce systému ošetrovatelské péče (kombinace systému funkčního a skupinového s kombinací funkčního, skupinového a primárního systému).

		Dostatek sester na pracovišti			
		Ano a spíše ano	Těžko rozhodnout	Ne a spíše ne	Cekem
Funkční systém	Počet	5	0	0	5
	% z funkčního systému	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Skupinový systém	Počet	59	7	28	94
	% ze skupinového systému	62,8%	7,4%	29,8%	100,0%
Kombinace systémů F,S+F,S, P	Počet	20	2	5	27
	% z kombinace systémů	74,1%	7,4%	18,5%	100,0%
Celkem	Počet	84	9	33	126
	% ze všech	66,7%	7,1%	26,2%	100,0%

Dostatek sester na pracovišti nebo spíše jejich dostatek nečastěji uvedli respondenti (100%), kteří využívají k organizaci své práce funkční systém. Žádný respondent (0,0%) pracující tímto systémem neuvedl, že je na pracovišti nedostatek či spíše nedostatek sester na pracovišti. Největší názorová vyhraněnost byla zaznamenána v názoru respondentů pracujících kombinací systémů i skupinovým systémem organizace práce. Dostatek sester nebo spíše dostatek uvedlo 74,1% respondentů

pracující kombinací systémů a 62,8% respondentů pracujících skupinovým systémem. Nedostatek nebo spíše nedostatek sester uvedli respondenti (29,8%) pracují skupinovým systémem a 18,5% respondentů využívajících kombinaci systémů.

Kontingenční tabulka 7 Typ oddělení versus pracovní spokojenost

Odpovědi respondentů v otázce pracovní spokojenosti byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (ano a spíše ano, těžko rozhodnout, ne a spíše ne).

		Pracovní spokojenost			
		Ano a spíše ano	Těžko rozhodnout	Ne a spíše ne	Celkem
Standardní oddělení	Počet	67	10	6	83
	% ze standardního oddělení	80,7%	12,1%	7,2%	100,0%
Intenzivní péče	Počet	33	6	4	43
	% z intenzivní péče	76,7%	14,0%	9,3%	100,0%
Celkem	Počet	100	16	10	126
	% ze všech	79,4%	12,7%	7,9%	100,0%

Největší spokojenost (80,7%) a zároveň i nejmenší nespokojenost (7,2 %) vyjadřovali respondenti pracující na standardním oddělení. Spokojenost nebo spíše spokojenost vyjádřilo 76,7 % respondentů pracujících na oddělení intenzivní péče, nespokojenost nebo spíše nespokojenost 9,3 % respondentů.

Kontingenční tabulka 8 Typ oddělení versus dostatek sester na pracovišti

Odpovědi respondentů v otázce pracovní spokojenosti byly rekategorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (ano a spíše ano, těžko rozhodnout, ne a spíše ne).

		Dostatek sester na pracovišti			
		Ano a spíše ano	Těžko rozhodnout	Ne a spíše ne	Cekem
Standardní oddělení	Počet	54	7	22	83
	% ze standardního oddělení	65,1%	8,4%	26,5%	100,0%
Intenzivní péče	Počet	30	2	11	43
	% z intenzivní péče	69,7%	4,7%	25,6%	100,0%
Celkem	Počet	84	9	33	126
	% ze všech	66,7%	7,1%	26,2%	100,0%

Nejčastěji respondenti (69,7 %) uváděli, že mají dostatek sester nebo spíše dostatek na oddělení intenzivní péče. Avšak rozdíly mezi standardními odděleními a odděleními intenzivní péče nejsou velké, dostatek sester nebo spíše jejich dostatek uvedlo 65,1% respondentů pracujících na standardním oddělení. Nedostatek nebo spíše nedostatek sester na pracovišti uvedli respondenti (26,5%) pracující na standardním oddělení a 25,6% respondentů oddělení intenzivní péče.

Kontingenční tabulka 9 Typ oddělení versus vztahy s přímo nadřízenou

		Vztahy s přímo nadřízenou			
		Pracovní	Přátelský	Konfliktní	Celkem
Typ oddělení / počet	Standardní oddělení	26	55	2	83
	Intenzivní péče	25	11	7	43
	Celkem	51	66	9	126
% z typu oddělení	Standardní oddělení	31,30%	66,30%	2,40%	100,00%
	Intenzivní péče	58,10%	25,60%	16,30%	100,00%
	Celkem	40,50%	52,40%	7,10%	100,00%

Přátelské vztahy s přímo nadřízenou nejčastěji uváděli respondenti (66,3%) pracující na standardním oddělení. Čistě pracovní vztahy převažovali u respondentů (58,1%) pracujících na oddělení intenzivní péče. Také nejvíce konfliktních vztahů s přímo nadřízenou zařazovali ve svých odpovědích respondenti (16,3%) pracující na oddělení intenzivní péče.

Kontingenční tabulka 9a Typ standardního oddělení versus vztahy s přímo nadřízenou

		Vztahy s přímo nadřízenou			
		Pracovní	Přátelské	Konfliktní	Celkem
Chirurgické oddělení	Počet	8	24	2	34
	% z chirurgického oddělení	23,5%	70,6%	5,9%	100,0%
Interní oddělení	Počet	15	17	0	32
	% z interního oddělení	46,9%	53,1%	0,0%	100,0%
Dětské oddělení	Počet	3	14	0	17
	% z dětského oddělení	17,6%	82,4%	0,0%	100,0%
Celkem	Počet	26	55	2	83
	% ze všech	31,3%	66,3%	2,4%	100,0%

Nejvíce přátelských vztahů uvedlo 82,4% respondentů pracujících na dětském oddělení. Ti, také neuvedly, žádné (0,0%) konfliktní vztahy s přímo nadřízenou. Nejvíce respondentů (5,9%) uvedlo konfliktní vztahy s přímo nadřízenou pracující na chirurgickém oddělení. Ti také uvedli 70,6% přátelských vztahů s přímo nadřízenou. Nejméně přátelských vztahů s přímo nadřízenou uvedli respondenti (53,1%) pracující na interním oddělení. Pracovní vztahy s přímo nadřízenou vyjadřovali nejvíce respondenti na interním oddělení (46,9%). Avšak tyto respondenti neuvedli žádné konfliktní vztahy s přímo nadřízenou.

Kontingenční tabulka 10 Typ oddělení versus dostatek informací k práci

Odpovědi respondentů v otázce pracovní spokojenosti byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (ano a spíše ano, těžko rozhodnout, ne a spíše ne).

		Dostatek informací k práci			
		Ano a spíše ano	Těžko rozhodnout	Ne a spíše ne	Celkem
Standardní oddělení	Počet	81	2	0	83
	% ze standardního oddělení	97,6%	2,4%	0,0%	100,0%
Intenzivní péče	Počet	41	1	1	43
	% ze intenzivní péče	95,4%	2,3%	2,3%	100,0%
Celkem	Počet	122	3	1	126
	% ze všech	96,8%	2,4%	0,8%	100,0%

Nejvíce respondentů (97,6%) pracujících na standardním oddělení uvedlo, že má dostatek informací nebo spíše dostatek informací k práci, také žádný z nich neuvedl (0,0%), že má nedostatek či spíše nedostatek informací k práci. Při porovnání obou typů oddělení nejsou velké rozdíly u odpovědí. Respondenti pracující na oddělení intenzivní péče vyjádřili, že mají dostatek informací či spíše dostatek informací k práci (95,4%). Nedostatek či spíše nedostatek vyjádřilo 2,3% respondentů.

Kontingenční tabulka 11 Typ oddělení versus dostatek informací poskytované přímo nadřízenou

Odpovědi respondentů v otázce pracovní spokojenosti byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (ano a spíše ano, těžko rozhodnout, ne a spíše ne).

		Dostatek informací poskytované přímo nadřízenou			
		Ano a spíše ano	Těžko rozhodnout	Ne a spíše ne	Cekem
Standardní oddělení	Počet	82	1	0	83
	% ze standardního oddělení	98,8%	1,2%	0,0%	100,0%
Intenzivní péče	Počet	41	1	1	43
	% ze skupinového systému	95,4%	2,3%	2,3%	100,0%
Celkem	Počet	123	2	1	126
	% ze všech	97,6%	1,6%	0,8%	100,0%

Nejvíce respondentů (98,8%) pracujících na standardním oddělení uvedlo, že mu přímo nadřízená poskytuje nebo spíše poskytuje dostatek informací, také žádný z nich neuvedl (0,0%), že mu přímo nadřízená neposkytuje či spíše neposkytuje dostatek informací. Při porovnání obou typů oddělení nejsou velké rozdíly u odpovědí. Respondenti pracující na oddělení intenzivní péče vyjádřili dostatek informací či spíše dostatek informací od přímo nadřízené (95,4%). Nedostatek či spíše nedostatek vyjádřili 2,3% respondentů.

Kontingenční tabulka 12 Typ oddělení versus spravedlnost při přidělování skupiny

Odpovědi respondentů v otázce pracovní spokojenosti byly rekatégorizovány z 5hodnotové škály na 3hodnotovou škálu (ano a spíše ano, těžko rozhodnout, ne a spíše ne).

		Spravedlnost při přidělování skupiny			
		Ano a spíše ano	Těžko rozhodnout	Ne a spíše ne	Cekem
Standardní oddělení	Počet	64	11	3	78
	% ze standardního oddělení	82,1%	14,1%	3,8%	100,0%
Intenzivní péče	Počet	42	1	0	43
	% ze intenzivní péče	97,7%	2,3%	0,0%	100,0%
Celkem	Počet	106	12	3	126
	% ze všech	87,6%	9,9%	2,5%	100,0%

Nejvíce respondentů (97,7%), pracujících na oddělení intenzivní péče uvedlo spravedlnost nebo spíše spravedlnost s přidělováním skupiny pacientů, žádný respondent (0%) pracující na oddělení intenzivní péče neuvedl nespravedlnost či spíše nespravedlnost při přidělování skupiny pacientů. Respondenti pracující na standardním oddělení uvedli (82,1%) spravedlnost nebo spíše spravedlnost při přidělování skupiny pacientů. Vysoké procento respondentů pracujících na standardním oddělení (14,1%) váhalo s odpovědí. Nespravedlnost nebo spíše nespravedlnost uvedlo 3,8% respondentů ze standardních oddělení.

Kontingenční tabulka 13 Typ oddělení versus počet přidělených pacientů

		Počet přidělených pacientů		
		Přiměřený	Příliš velký	Celkem
Standardní oddělení	Počet	73	10	83
	% ze standardního oddělení	88,0%	12,0%	100,0%
Intenzivní péče	Počet	42	1	43
	% z intenzivní péče	97,7%	2,3%	100,0%
Celkem	Počet	115	11	126
	% ze všech	91,3%	8,7%	100,0%

Většina respondentů (97,7 %) pracujících na oddělení intenzivní péče uvedl, že počet pacientů, o které pečuje, je přiměřený (97,7%). Tito respondenti také uvedli (2,3%), že počet přidělených pacientů je přiměřený. V porovnání obou typů oddělení respondenti pracující na standardním oddělení více uváděli příliš velký počet pacientů (12,0%). Za přiměřený počet jej považovalo 88,0% respondentů. Malý počet přidělených pacientů neuvedl žádný z respondentů.

4.3 Statistické testování

H0: Vztah respondentů s přímo nadřízenou sestrou se nemění v závislosti na typu oddělení.

HA: Vztah respondentů s přímo nadřízenou sestrou se mění v závislosti na typu oddělení.

Kontingenční tabulka 14 Typ oddělení * Vztahy s přímo nadřízenou sestrou

		Vztahy s přímo nadřízenou			
		Pracovní	Přátelský	Konfliktní	Celkem
Typ oddělení / počet	Standardní oddělení	26	55	2	83
	Intenzivní péče	25	11	7	43
	Celkem	51	66	9	126
% z typu oddělení	Standardní oddělení	31,30%	66,30%	2,40%	100,00%
	Intenzivní péče	58,10%	25,60%	16,30%	100,00%
	Celkem	40,50%	52,40%	7,10%	100,00%
Znam. schéma/ Typ oddělení	Standard	--	+++	--	
	JIP	++	---	++	

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,05$); ++/-- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,01$); +++/--- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,001$).

Přátelské vztahy s přímo nadřízenou sestrou nejčastěji uváděli respondenti pracující na standardním oddělení (66,3 %). Čistě pracovní vztahy převažovali u respondentů pracujících na oddělení intenzivní péče (58,1 %). Také nejvíce konfliktních vztahů s přímo nadřízenou sestrou zařazovali ve svých odpovědích respondenti pracující na

oddělení intenzivní péče (16,3 %). Tento trend potvrzuje znaménkové schéma, které odhaluje nejvýznamnější rozdíly v odpovědích respondentů uvnitř kontingenční tabulky. Sestry na standardních odděleních udávaly statisticky významně více přátelské vztahy se svou nadřízenou sestrou než sestry na JIP. A sestry na JIP hodnotí statisticky významně více své vztahy s nadřízenou sestrou jako pracovní nebo konfliktní.

Chí kvadrát test - Typ oddělení * Vztahy s přímo nadřízenou sestrou

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	21,610 ^a	2	0,000
Počet platných případů	126		

a. 1 buňka (16,7%) má očekávaný počet menší než 5. Nejnižší očekávaný počet je 3,07.

Na základě hodnoty signifikace Personova chí kvadrát testu 0,000 zamítáme na 5 % hladině významnosti nulovou hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy. Bylo prokázáno, že vztah respondentů s přímo nadřízenou sestrou se mění v závislosti na typu oddělení.

5 DISKUSE

V tomto výzkumném šetření jsme zkoumali, jaký je vztah mezi organizací ošetrovatelské péče a spokojeností sester. Výzkumné šetření bylo provedeno v únoru 2012 v nemocničním zařízení KZ – MN (Krajská zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice, o. z.) v Ústí nad Labem. Údaje byly shromážděny od 126 sester pracujících na 19 odděleních, které poskytují ošetrovatelskou péči na standardních ošetrovatelských jednotkách a na odděleních intenzivní péče s různými systémy organizace ošetrovatelské péče. Za metodu výzkumného šetření jsme zvolili dotazník. Návratnost KZ – MN v Ústí nad Labem byla 74,1%. Výzkumný soubor tvořily převážně ženy, muži byli zastoupeni pouze 2,4%. Další důležitý údaj, který jsme zjišťovali, byl systém organizace ošetrovatelské péče. Což bylo součástí hypotézy 1, sestry pracující v nemocničním zařízení využívají převážně skupinový systém péče. V Koncepti ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky bylo doporučeno využívat skupinový nebo primární systém v poskytování ošetrovatelské péče (21).

Proto jsme se respondentů dotázali, jakým systémem je na jejich oddělení péče organizovaná. Vyhodnocením výsledků jsme dospěli ke zjištění, že v KZ – MN v Ústí nad Labem ošetrovatelskou péči poskytuje skupinovým systémem téměř 75% respondentů a primárním systémem 0% (tabulka 8). Funkční systém, který je v současném ošetrovatelství nevyhovující stále využívá 4% respondentů. Výzkum ukázal, že oddělení jsou někdy organizována kombinací systémů. Kombinaci funkčního a skupinového systému nebo kombinaci funkčního, skupinového a primárního systému, využívá ke své práci téměř 22 % respondentů (tabulka 8). Tóthová v roce 2006 zveřejnila výsledky svého šetření, v nichž uvedla, že skupinový systém se využívá v nemocničním zařízení v 18,43% a primární systém 5,67% a kombinaci výše uvedených systémů využívá 25,88 %. Je jistě pozitivním zjištěním, že alespoň skupinový systém je využíván stále ve větší míře (20). **Na základě uvedených výsledků hypotéza 1, sestry pracující v nemocničním zařízení využívají převážně skupinový systém péče, byla potvrzena.**

Hypotéza 2 Zavedený systém poskytované ošetrovateľskej péče ovplyvňuje pracovnú spokojnosť sestier.

Teorie Hackmana a Oldmana (1976) naznačuje, že väčšia rozmanitosť dovedností a samostatnosť pri práci je spojená s väčšou spokojnosťou zamestnanců. Pri porovnaní s inými systémami sa predpokladá, že primárny a skupinový systém ovplyvňuje spokojnosť (30).

Proto nás zaujímalo, či systém organizácie ošetrovateľskej péče ovplyvňuje spokojnosť sestier. Najviac spokojení (88,9%) a najmenej nespokojení (3,7%) boli respondenti, ktorých práca sa organizuje kombináciou systémů (kontingenčná tabuľka 2). Najväčšiu rozptýlenosť odpovedí vyjadřovali respondenti, ktorých práca sa organizuje funkčným systémom (spokojeno bolo 80% respondentů a nespokojeno 20%).

Dále jsme hodnotili dílčí aspekty ovplyvňujúcu spokojnosť. Medzi ne sme zaradili rozmanitosť práce, možnosť seberealizácie pri práci, vzťahy s priamo nadřízenou, dostatek sestier na pracovisku.

Najväčšiu rozmanitosť práce (88,9 %) vyjadřovali respondenti využívajúci kombináciu systémů k organizácii ošetrovateľskej péče. Ti také najmenej uváděli, že je jejich práca nerozmanitá (3,7%). Najväčšiu rozptýlenosť v odpovediach bol zaznamenaný u respondentů pracujúcich funkčným systémom. Za rozmanitou ji považovalo 60% respondentů a za nerozmanitou pak 40% respondentů (kontingenčná tabuľka 3).

Tóthová ve výzkumném šetření z roku 2006 upozornila na fakt, že sestry mohou pracovat kombináciou systémů ošetrovateľskej péče (20). V praxi môže byť někdy tento systém najvhodnějším řešením, jelikož nejlépe vystihne specifiká daného pracoviska. Výsledky poukázali na skutečnost, jak je velmi důležité zvolit vhodný systém pro určité pracovisko. Proto by se organizace a její vedoucí pracovníci měli zajímat, jakým systémom je ošetrovateľská péče na odděleních organizována a či vyhovuje súčasnému trendu, pacientům i sestřám. Právě práci pomocí kombinace systémů mohou sestry považovat za pestrou a málo stereotypní z důvodu střídání ošetrovateľských činností, které v rámci oddělení sestra provádí. Příkladem může být sestra chirurgického oddělení, která jeden den provádí převazy u všech pacientů a jindy zase pečuje o skupinu pacientů.

Dalším hodnotícím prvkem byla seberealizace. Výsledky ukázaly, že nejvíce se seberealizují při práci respondenti pracující funkčním systémem (80%). Zde se také vyskytla velká názorová vyhraněnost respondentů, jelikož 20% respondentů vyjádřilo, že se při své práci nerealizuje. Respondenti využívající ke své práci skupinový systém a kombinaci systémů se v zastoupených názorech na možnost seberealizace příliš nelišili. Zhruba 75% uvádělo, že se při své práci seberealizuje a přibližně 7 % respondentů uvádělo, že se při své práci nerealizuje (kontingenční tabulka 4).

V hodnocení vztahů s přímo nadřízenou vzešly tyto výsledky. Nejvíce přátelské vztahy s přímo nadřízenou mají respondenti pracující funkčním systémem (80%), tento výsledek podpořil i fakt, že tito respondenti neuvedli konfliktní vztahy s přímo nadřízenou (kontingenční tabulka 5).

Dalším hodnotícím aspektem spokojenosti byl dostatek sester na pracovišti. Všichni respondenti pracující funkčním systémem vedli (kontingenční tabulka 6), že mají dostatek sester na pracovišti. Nejméně respondentů (62,8%) vyjádřilo, že je dostatek sester na jejich pracovišti v souvislosti s využitím skupinového systému.

Tyto výsledky podpořily myšlenku popisující v publikaci Zásady řízení v oblasti ošetrovatelské péče autorek Grohar- Murray a DiCroce, že nároky na počet sester pracujících funkčním systémem nejsou vysoké. Zabezpečit však organizaci ošetrovatelské péče skupinovým systémem bývá náročné na počet personálu (15).

Shrnutím těchto výsledků jsme zjistili, že celkově jsou respondenti více spokojeni s organizací práce s využitím kombinace systémů a velké názorové rozdíly respondentů pracujících funkčním systémem poukázali na nespokojenost. V dílčích aspektech spokojenosti uváděli dostatek sester na oddělení a přátelské vztahy s přímo nadřízenou více respondenti pracující funkčním systémem. Rozmanitou práci hodnotili více respondenti pracující kombinací systémů. Velké názorové rozdíly na seberealizaci při práci funkčním systémem přispívají spíše k negativnímu hodnocení. Porovnáním výsledků se dá říct, že se nejvíce seberealizují respondenti pracující kombinací systémů, i když výsledky seberealizace při práci skupinovým systémem a kombinací systémů vycházely zhruba nastejno. Respondenti pracující kombinací systémů méně uváděli, že se při práci nerealizují. Dílčí aspekty spokojenosti spolu s celkovou spokojeností

potvrdily kladné hodnocení respondentů organizaci práce pomocí kombinace systémů, proto **hypotéza 2 Zavedený systém poskytované ošetrovateľské péče ovlivňuje pracovní spokojenost sester, byla potvrzena.**

Intenzivní péče klade na její poskytovatele vyšší nároky opodstatněné v první řadě nálehavostí poskytované zdravotní péče. Mezi tyto nároky patří zejména odbornost, fyzická a psychická odolnost a také správná organizace péče. Proto jsme také vyslovili hypotézu 3, sestry pracující na standardním oddělení jsou více spokojené s organizací péče než sestry pracující na oddělení intenzivní péče (ARO/JIP). Zkoumali jsme, jak jsou sestry na jednotlivých typech oddělení spokojené s organizací práce. Větší spokojenost (80,7%) vyjadřovali respondenti pracující na standardních odděleních. Větší nespokojenost uvedli respondenti (9,3%) pracující na odděleních intenzivní péče (kontingenční tabulka 7).

Také Buriánek a Malina ve svém výzkumném šetření z r. 2008 uvedli, že respondenti jsou nejčastěji nespokojeni a chtějí odejít z náročnějších oddělení, jakým je například oddělení anesteziologicko-resuscitační (31).

I pro potvrzení této hypotézy jsme zkoumali dílčí aspekty spokojenosti. Mezi ně jsme zařadili dostatek sester na pracovišti, vztahy s přímo nadřízenou, dostatek informací k práci, dostatek informací poskytované přímo nadřízenou, spravedlnost při přidělování skupiny pacientů a počet přidělených pacientů,

Názor respondentů na dostatek sester byl na obou typech oddělení obdobný. Zhruba 70 % respondentů vyjádřilo, že je na oddělení dostatek sester a přibližně 25% vyjádřilo názor, že je na pracovišti sester nedostatek (kontingenční tabulka 8).

Přiměřenost počtu přidělených pacientů, o které sestra pečuje, vyjadřovali více respondenti (97,7%), pracující na odděleních intenzivní péče (kontingenční tabulka 13). Oproti standardnímu oddělení, kdy respondenti více vyjadřovali počet přidělených pacientů za příliš velký (12,0 %). Sestry pracující na odděleních intenzivní péče mají zpravidla na starosti 1 – 2 pacienty. Pokud mají dostatek nižšího ošetrovateľského personálu, který jim zajistí nekvalifikovanou práci, mohou poskytovat vysoce specializovanou péči, aniž by se cítily přetěžovány. To jim může zároveň dávat pocit dostatku sester na pracovišti. Na rozdíl od sester standardního oddělení, kde v tomto

případě je počet sester podceněn. Ne vždy norma počtu sester oddělení koreluje s reálným stavem. V praxi by se měla vzít v úvahu specifická oddělení a možnost navýšit počet sester při jejich přetěžování.

Spokojenost sester významně ovlivňuje vztah s přímo nadřízenou. Osobnost nadřízené, která své zaměstnance vede direktivně a nepřipouští vlastní názor, může vyvolat konflikty a nespokojenost nebo naopak „demokratická osobnost“, která vytváří přátelské klima uvnitř skupiny a u svých podřízených podporuje iniciativu, může vyvolat spokojenost pracovníků. Z výsledků je patrné, že respondenti pracující na standardním oddělení více uváděli (66,3%) přátelské vztahy s přímo nadřízenou na rozdíl od respondentů pracujících na odděleních intenzivní péče, ti vyjádřili přátelské vztahy s přímo nadřízenou v 25,6 %. K tomuto zjištění přispívá také výsledek, že více respondentů (16,3%) pracujících na oddělení intenzivní péče vyjádřilo konfliktní vztahy s přímo nadřízenou (kontingenční tabulka 14). Chí kvadrát test prokázal (0,000), že se vztah respondentů s přímo nadřízenou sestrou mění v závislosti na typu oddělení. Na standardních odděleních uváděly sestry statisticky častěji přátelštější vztahy s přímo nadřízenou sestrou než sestry na odděleních intenzivní péče.

V podrobnějším průzkumu standardních oddělení jsme zjistili, že přátelské vztahy s přímo nadřízenou nejvíce uváděli respondenti (82,4 %) pracující na dětském oddělení. Ti také uvedli 0% konfliktních vztahů s přímo nadřízenou (kontingenční tabulka 9).

Dostatek informací k práci hodnotili více respondenti (97,6 %) pracující na standardních odděleních než na oddělení intenzivní péče. Tyto výsledky podpořilo také vyjádření respondentů (2,3 %) pracujících na oddělení intenzivní péče, že nemají dostatek informací k práci (kontingenční tabulka 10). Obdobně jsme také vyhodnotili názor respondentů na dostatek informací poskytovaných přímo nadřízenou. Na standardním oddělení má více respondentů (98,8 %) dostatek informací k práci poskytnuté přímo nadřízenou než na oddělení intenzivní péče. Tyto výsledky podpořilo také vyjádření respondentů (2,3 %) pracujících na oddělení intenzivní péče, že nemají dostatek informací poskytnuté přímo nadřízenou (kontingenční tabulka 11).

Velmi důležité je, jak sestry vnímají přidělení skupiny pacientů. K nespokojenosti může vést například opakovaná péče o náročnou skupinu pacientů, nebo péče o pacienty

na konci oddělení, kdy sestra pro poskytnutí péče pacientům musí ujít i několik kilometrů. Z výsledků je patrné, že sestry se nejčastěji na skupině pacientů, o které budou pečovat, domluví. Další, kdo přiděluje skupinu pacientů sestrám, byla uvedena vrchní nebo staniční sestra či vedoucí směny (tabulka 11).

Spravedlnost při přidělování skupiny pacientů více vyjadřovali respondenti (97,7 %) pracující na odděleních intenzivní péče. Na rozdíl od standardního oddělení, kdy spravedlnost při přidělování skupiny pacientů cítí 82,1% respondentů (kontingenční tabulka 12). Váhání s rozhodnutím, zdali je přidělování skupiny pacientů spravedlivé, přispívá spíše k negativnímu hodnocení respondentů (14,1 %) pracujících na standardních odděleních. Výsledky ukázaly, že jsou celkově více spokojené s organizací ošetrovatelské péče a podmínkami k práci sestry ze standardních oddělení. Spokojenost sester standardních oddělení podpořila také převaha dílčích indikátorů spokojenosti s organizací práce a pracovních podmínek. Tato převaha je patrná ve výsledcích týkajících se vztahů s přímo nadřízenou, dostatku poskytnutých informací a dostatku informací poskytované přímo nadřízenou. Pouze spravedlnost při přidělování skupiny pacientů a počet pacientů, o které sestra pečuje, více uváděli respondenti z oddělení intenzivní péče. Otázka, ve které se hodnotil dostatek sester na oddělení, měla vyrovnané výsledky (standardní oddělení, oddělení intenzivní péče). **Hypotéza 3 Sestry pracující na standardním oddělení jsou více spokojené s organizací péče než sestry pracující na oddělení intenzivní péče (ARO/JIP), byla potvrzena.**

6 ZÁVĚR

Povolání sestry již není na celý život, jak tomu bylo v minulých letech. Sestra může využít řadu nových příležitostí na trhu práce. Přijít o schopné zaměstnance a zaučovat nové, je pro organizaci velkou ztrátou. Velkou fluktuací zaměstnanců organizace ztrácí dobré jméno a není lákadlem pro nové schopné pracovníky. Proto jsme zkoumali vliv organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester. Cílem práce bylo zjistit, jaký systém organizace ošetrovatelské péče sestry nejvíce využívají a zjistit, jak systém ošetrovatelské péče ovlivňuje spokojenost sester s pracovními podmínkami. Byly stanoveny tři hypotézy. Hypotéza 1 Sestry pracující v nemocničním zařízení využívají převážně skupinový systém péče. Dle zpracování informací získaných z dotazníků jsme zjistili, že sestry k organizaci ošetrovatelské péče využívají nejvíce skupinový systém péče (standardní oddělení i oddělení intenzivní péče). Hypotéza 2 Zavedený systém poskytované ošetrovatelské péče ovlivňuje pracovní spokojenost sester. Dílčí indikátory spokojenosti s organizací práce sester ukázaly na výsledky, které odhalily, že jsou sestry nejvíce spokojené s kombinací systémů ošetrovatelské péče a velké názorové rozdíly respondentů pracujících funkčním systémem ukázaly na nespokojenost sester s organizací ošetrovatelské péče. Hypotéza 3 Sestry pracující na standardním oddělení jsou více spokojené s organizací péče než sestry pracující na oddělení intenzivní péče (ARO/JIP). Vyhodnocením výsledků jsme došli k závěru, že jsou celkově více spokojené s organizací ošetrovatelské péče a podmínkami k práci sestry ze standardních oddělení. Spokojenost sester standardních oddělení podpořila také převaha dílčích indikátorů spokojenosti s organizací práce a pracovních podmínek.

Hypotézu číslo 1, že sestry pracující v nemocničním zařízení využívají převážně skupinový systém péče, byla potvrzena.

Hypotézu číslo 2, že zavedený systém poskytované ošetrovatelské péče ovlivňuje pracovní spokojenost sester, byla potvrzena.

Hypotézu číslo 3, že sestry pracující na standardním oddělení jsou více spokojené s organizací péče než sestry pracující na oddělení intenzivní péče (ARO/JIP), byla potvrzena.

6.1 Doporučení pro praxi

V dnešní době se sleduje kvalita poskytované ošetrovatelské péče například monitorací nežádoucích událostí či sledováním spokojenosti pacientů. Management nemocnic zapomíná na sledování spokojenosti sester. Přitom mít spokojeného zaměstnance je pro organizaci cenným artiklem. Výsledky práce poukázaly na problémy, které budou vyžadovat řešení. Vlastní návrhy a doporučení shrnuji v následující tabulce číslo 26.

Tabulka 26 Návrhy změn ke zlepšení organizace ošetrovatelské péče

Specifické oblasti návrhů změn v organizaci ošetrovatelské péče
1. Pravidelná monitorace systémů organizace ošetrovatelské péče na odděleních: - odpovídá-li současnému trendu a doporučení - spokojenost sester, pacientů při použití daného systému organizace ošetrovatelské péče na oddělení - zajištění počtu sester při práci jednotlivými systém
2. Kvalitní výběr vedoucího pracovníka (zajistit stejné podmínky pro celou organizaci): - výběrové řízení - vysokoškolské vzdělání - hodnocení osobnosti
3. Pravidelná monitorace podmínek organizace práce na jednotlivých odděleních: - zajištění počtu sester podle specifičnosti oddělení
4. Pravidelná monitorace fluktuace sester z jednotlivých oddělení a podrobná analýza pracoviště, kde k takovému stavu dochází
5. Pravidelná monitorace spokojenosti sester

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. POKOJOVÁ, Radka. Hodnocení spokojenosti zaměstnanců. *Sestra*. 2011, **21**(3), 22 – 23. ISSN 1210-0404.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306.
3. KRAUSOVÁ, K. Historie českého ošetrovatelství. *Florence*. 2010, **6**(3), 11 – 13. ISSN 1801-464X.
4. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada. 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
5. STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5.
6. FARKAŠOVÁ, Dana. et al. *Ošetrovatelství - teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
7. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství 1. díl Systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0429-9.
8. POCHYLÁ, Karla. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 1 Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Ediční řada – Praktická příručka pro sestry*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
9. DOBIÁŠOVÁ, Karolína. et al. *Průvodce systémem zdravotní péče v České republice Informační příručka pro cizince*. 3.vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-22-2.
10. ŠMÍDOVÁ, Alena. „Malá novela“ zákona č.96/2004 Sb. *Sestra*. 2011, **1**(6), 15 – 16. ISSN 1210-0404.

11. HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. *Profesionálne ošetrovatelstvo a jeho regulácia*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-360-8.
12. VYTEJČKOVÁ, Renata. et al. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné I Obecná časť*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
13. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011 o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných pracovníků. In: Sbírka zákonů, Česká republika. 2011, částka 20, s. 4-5. Dostupný také v digitální formě z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-ktou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb-4763-949-3.html>. ISSN 1211-1244.
14. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
15. GROHAR-MURRAY, Marry, Ellen a Helen R.DiCroce. *Zásady řízení v oblasti ošetrovateľské péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.
16. KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ a Rita OLIVIERIOVÁ. *Ošetrovatelstvo 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
17. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovateľský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
18. JAROŠOVÁ, Darja. *Základy managementu v ošetrovatelství*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006.
19. STAŇKOVÁ, Marta. *ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 3 Jak zavést ošetrovateľský proces do praxe. Ediční řada – Praktická příručka pro sestry* I.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-282-5.

20. TÓTHOVÁ, Valéria. Ošetrovatelský proces. *Florence*. 2006, 2(1), 56-58. ISSN 1801-464X.
21. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky „*Koncepce ošetrovatelství*“ In: Věstník Ministerstva zdravotnictví. 2004, roč. 4, částka 9, s. 2-8. Dostupný také v digitální formě z: [http:// www .mzcr .cz/ Legislativa / dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html).
22. VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha : Portál, s.r.o., 1998. ISBN 80-7178-269-6.
23. PAUKNEROVÁ, Daniela. et al. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 2. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1706-9.
24. PELIKÁNOVÁ, Martina. Sestra jako zdravotnické univerzum. *Sestra*. 2010, 20(7-8), 21. ISSN 1210-0404.
25. KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů- Základy moderní personalistiky*. 4. rozšířené a doplněné vyd. Praha: Managent Press, 2008. ISBN 978-80-7261-168-3.
26. MOLEK, Jan. *Personalistika a řízení*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-063-8.
27. SIMONOVÁ, Iveta a Vojtech OZOROVSKÝ. Role stresu v práci zdravotnických pracovníků. *Sestra*. 2010, 20(7-8), 24-25. ISSN 1210-0404.
28. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přepracované a doplněné vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.
29. TÓTHOVÁ, Valérie et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
30. MÄKINEN, A., M. KIVIMÄKI a M. ELOVAINIO et al. Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. *J Nurs*

Manag, 2003 Sep;11(5):299-306. PubMed PMID: 12930535.

31. BURIÁNEK, Jiří a Antonín MALINA. Pracovní spokojenost sester.
Zdravotnictví v České republice. 2009, 3(12), 82-89. ISSN 1213-6050.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Ošetřovatelství

Ošetřovatelský personál

Ošetřovatelské kompetence

Organizace péče

Systémy ošetřovatelské péče

Pracovní spokojenost

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Žádost o povolení provádění průzkumného šetření v Krajské zdravotní a.s
Masarykova nemocnice o. z.

Příloha 2 Dotazník pro sestry pracující v Krajské zdravotní a.s. – Masarykova
nemocnice, o. z. v Ústí nad Labem

**Příloha 1 Žádost o povolení provádění průzkumného šetření v Krajské zdravotní
a.s. Masarykova nemocnice o. z.**

Vážená paní

Mgr. Markéta Svobodová

Vedoucí odboru oš. péče – hlavní sestra

Krajská zdravotní a.s.- Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Sociální péče 3316 /12A

401 13 Ústí nad Labem

v Ústí nad Labem dne 1. 2. 2012

Věc: Žádost o povolení ošetřovatelského výzkumu

Vážená hlavní sestro,

dovoľte mi, abych Vás touto cestou požádala o povolení k provedení ošetřovatelského výzkumu. Výzkumné šetření bude sloužit jako podklad mé bakalářské práce na téma:

Vliv organizace ošetřovatelské péče na spokojenost sester.

Cílem práce je vyhodnotit spokojenost sester se systémem organizace péče na odděleních. Pro sběr dat bude využita technika dotazníkového šetření mezi sestrami v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem.

Předem děkuji za vyřízení a sdělení rozhodnutí

Kateřina Voleníková

studentka Ošetřovatelství-Všeobecná sestra

Zdravotně sociální fakulta

Jihočeská Universita v Českých Budějovicích

Kateřina Voleníková

Mgr. Markéta Svobodová

Příloha 2 Dotazník pro sestry pracující v Krajské zdravotní a.s. – Masarykova nemocnice, o. z. v Ústí nad Labem

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány v rámci bakalářské práce s názvem **Vliv organizace ošetrovatelské péče na spokojenost sester**. Vzhledem ke skutečnosti, že Vaše odpovědi budou zpracovány zcela anonymně, chtěla bych Vás požádat o co možná nejpravdivější odpovědi. Předem mnohokrát děkuji za ochotu a Váš čas věnovaný tomuto dotazníku.

Kateřina Voleníková,
studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích

Prosím, zvolte pouze jednu odpověď z nabízených odpovědí.

1. Napište název oddělení, na kterém pracujete.

2. Pohlaví: a) žena b) muž

3. Váš věk:

a) do 20 let b) 21- 30 let c) 31- 40 let d) 41- 50 let e) 51 let a více

4. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) SZŠ
- b) VOŠ- DiS.
- c) VŠ- Bc., Mgr.
- d) specializační vzdělávání (Prosím vyplňte).....
- e) a jiné (prosím vyplňte)

5. Délka praxe:

- a) do 2 let. b) 3 - 6 let c) 7 - 10 let d) 11 - 15 let e) 16 let a více

6. Je na Vašem oddělení realizováno týmové ošetřování? (ošetřovatelský tým tvoří: sestry s vysokoškolským vzděláním, sestry pracující bez odborného dohledu, sestry pracující pod odborným dohledem, ošetřovatelky, sanitářky)

- a) ano b) ne

7. Kterým systémem ošetřovatelské péče pracují sestry na Vašem oddělení?

- a) **Systém funkční ošetřovatelské péče** - určitá sestra se stará o jednotlivé výkony na celém oddělení.
- b) **Systém skupinové péče** - jedna sestra je zodpovědná za určitou skupinu pacientů. Během své služby zajišťuje komplexní péči).
- c) **Kombinace funkčního a skupinového systému péče**
- d) **Systém primárních sester** - primární sestra koordinuje péči u nemocného od příjmu až po propuštění.
- e) **Kombinace funkčního, skupinového i systému primárních sester**
- f) **Systém ošetřování zaměřený na případ, tj. case management** – specializovaná sestra koordinuje a průběžně vyhodnocuje péči u předem definované skupiny pacientů dané diagnózou).
- g) **Jiný** (Prosím napište.)
.....

8. Označte prosím, na této přímce míru své spokojenosti s organizací práce na oddělení: (0% označuje úplnou nespokojenost, 100% úplnou spokojenost)



9. V čem shledáváte výhody Vámi využívaného systému organizace péče na oddělení?

.....
.....
.....

10. V čem shledáváte nevýhody Vámi využívaného systému organizace péče na oddělení?

.....
.....
.....

11. Preferoval/a byste jiný systém? Vypište prosím.....

.....

(V případě, že pracujete systémem skupinové ošetrovatelské péče, odpovězte na otázku č. 12-14)

12. Kým je přidělována skupina pacientů, o kterou pečujete? Prosím napište.

.....

13. Jak často se Vám skupina pacientů mění?

a) Každou směnu mám jinou skupinu pacientů.

b) Mám stále stejnou skupinu pacientů.

c) Jinak, prosím upřesněte.....

.....

.....

14. Bývá přidělování skupiny pacientů spravedlivé?

- a) Ano, je to spravedlivé.
- b) Spíše ano, přidělování je většinou spravedlivé.
- c) Těžko se rozhodnout.
- d) Spíše ne, většinou je to nespravedlivé.
- e) Ne, je to nespravedlivé.

15. Jak Vám obvykle vyhovuje počet pacientů, o které během své směny pečujete?

- a) Je příliš malý.
- b) Je přiměřený.
- c) Je příliš velký.

16. Jaké jsou na Vás kladeny nároky při vykonávání ošetrovatelské péče?

- a) Nízké.
- b) Přiměřené.
- c) Vysoké.

17. Domníváte se, že je Vaše práce rozmanitá?

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Těžko se rozhodnout.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

18. Umožňuje Vám systém poskytované péče pocit seberealizace?

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Těžko se rozhodnout.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

19. Především na co se zaměřuje během vaší směny Vaše práce?

- a) Komplexní péči o pacienta.
- b) Výkony.
- c) Administrativu.
- d) Jiné (prosím napište)
-

20. Jak byste v současné době zhodnotil/a vztahy s Vaší přímo nadřízenou?

- a) Pracovní.
- b) Přátelské.
- c) Konfliktní.
- d) Jiné (Prosím napište.)
-

21. Myslíte si, že je na Vašem oddělení v současnosti dostatek sester?

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Těžko se rozhodnout.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

22. Máte pro výkon svých pracovních povinností dostatek informací?

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Těžko se rozhodnout.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

23. Poskytuje Vám přímá nadřízená přesné a úplné informace pro výkon Vaší práce?

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Těžko se rozhodnout.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

24. Platí pro Vás zásada, že jste ochotný/á pro splnění úkolů udělat i něco navíc?

- a) Ano, často dělám práci i nad rámec svých povinností.
- b) Spíše ano, ale někdy pracuji jen v rámci svých povinností.
- c) Těžko se rozhodnout.
- d) Spíše ne, většinou nedělám nic navíc.
- e) Ne, vykonávám pouze přidělené úkoly.

25. Uspokojuje Vás v současné době Vaše práce?

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Těžko rozhodnout.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

26. Kdybyste se mohl/a znovu rozhodnout, volil/a byste opět stejné povolání?

- a) Ano.
- b) Spíše ano.
- c) Těžko rozhodnout.
- d) Spíše ne.
- e) Ne.

27. Máte nějaké připomínky, návrhy ke zlepšení systému poskytované péče?

(Prosím odpovězte vlastními slovy.)